



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS DE SAÚDE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM
AMAZONICO

ALINE BENTO NEVES

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DOS IDOSOS ACERCA
DE ACIDENTES POR QUEDA E SUA PREVENÇÃO**

Belém – PA
2017

ALINE BENTO NEVES

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DOS IDOSOS ACERCA
DE ACIDENTES POR QUEDA E SUA PREVENÇÃO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - PPGENF/ICS/UFPA como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem no contexto amazônico.

Linha de pesquisa: políticas de saúde no cuidado de enfermagem amazônico.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Eliete da Cunha Araújo.

Co-Orientadora: Prof.^a. Dra. Lucia H. Takase Gonçalves

Belém – PA
2017

Dados Internacionais de Catalogação na
Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da
Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N5111 Neves, Aline Bento
LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DOS IDOSOS ACERCA DE
ACIDENTES POR QUEDA E SUA PREVENÇÃO / Aline Bento Neves. - 2017.
109 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), Instituto de
Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belem, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Eliete da Cunha Araújo

Coorientação: Profa. Dra. Lucia H. Takase Gonçalves.

1. Alfabetização em saúde. 2. Idoso. 3. Acidentes por quedas. 4. Enfermagem. 5. Educação
em Saúde. I. Araújo, Eliete da Cunha, *orient.* II. Título

305.26098115

ALINE BENTO NEVES

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DOS IDOSOS ACERCA DE
ACIDENTES POR QUEDA E SUA PREVENÇÃO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - PPGENF/ICS/UFPA como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem no contexto amazônico

Linha de pesquisa: políticas de saúde no cuidado de enfermagem amazônico.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Eliete da Cunha Araújo.

Co-Orientadora: Prof.^a. Dra. Lucia H. Takase Gonçalves

Aprovado em: __/__/____

Banca Examinadora

Prof.^a. Dra. Eliete da Cunha Araújo – PPGENF/UFPA- Presidente

Prof.^a. Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira – PPGENF/UFPA

Prof.^a. Dra. Sandra Helena Isse Polaro – PPGENF/UFPA

Prof.^a. Dra. Ângela Maria Alvarez – PEN/UFSC (Membro Externo)

Prof.^a. Dr^a Ana Cristina Viana Campos- IESB/UNIFESPA

Belém – PA
2017

APOIO INSTITUCIONAL

A Dissertação foi realizada com apoio do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica – PROCAD, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior– CAPES, como parte do estudo multicêntrico intitulado: Envelhecimento ativo- promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas, Edital CAPES n. 071/2013, PROCAD: UFSC- Universidade de Santa Catarina X UFPA- Universidade Federal do Pará X UFMT- Universidade Federal de Mato Grosso.

“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e
força para qualquer sociedade”.

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me concedido o dom da vida, por me dar força, sabedoria e fé para conquistar meus objetivos e sonhos. Por perdoar meus inúmeros defeitos, erros que cometi e sei que ainda cometerei, por seu amor infinito.

Aos meus pais Ruben e Cristina por me proporcionarem sempre o melhor, por me ensinar a lutar e caminhar, por me apoiarem quando parecia que não iria conseguir e me mostrar o que é importante e o que é essencial.

Ao meu amado irmão Adolfo, que sempre está ao meu lado, pelo apoio e companheirismo.

A minha orientadora profa. Dra. Eliete Cunha, por confiar na minha capacidade, pelo apoio e desvendar nesse novo mundo de conhecimento, por me mostrar outros caminhos a serem percorridos.

A Profa. Dr^a Lucia Takase, minha co-orientadora, por ter dedicado seu tempo a me ensinar e mostrar um novo mundo acadêmico, guiando-me e mostrando o melhor caminho, pelo apoio e dedicação.

Aos meus amigos, por me apoiarem, aceitarem minha ausência nas atividades sociais, e por incentivar os meus sonhos.

Aos meus colegas de mestrado, que sempre torceram, com palavras de ânimo nos momentos críticos de nossa caminhada.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará (PPGENF/UFPA), pelo apoio e oportunidades que proporcionaram o meu crescimento profissional.

Aos idosos, que aceitaram a participaram deste estudo, pela troca de saberes e experiências de vida, afinal, sem eles, este trabalho não existiria, onde pude ter um novo olhar quanto ao envelhecimento.

A CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - pelo privilégio em participar do PROCAD- Programa Nacional de Cooperação Acadêmica, entre as Pós-graduações no país.

RESUMO

Introdução: Os acidentes por quedas, principalmente entre idosos, são considerados eventos de causas externas de morte que são responsáveis por cinco milhões de mortes, representando aproximadamente 9% da mortalidade mundial. No Brasil, esse evento representa a terceira causa de morte. O letramento funcional em saúde relaciona-se com o conhecimento, a motivação, as competências das pessoas em buscar, compreender e avaliar as informações de saúde para então, poderem tomar decisões sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e melhoria de sua qualidade de vida. **Objetivo:** Conhecer o estado de letramento funcional em saúde dos idosos acerca de acidentes por queda e sua prevenção. **Metodologia:** Estudo do tipo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Foram entrevistados 80 idosos frequentadores de praças públicas em Belém/PA, sendo 40 idosos da Praça A (de bairro de classe média) e 40 idosos da Praça B (de bairro de classe baixa), aplicando-se o Instrumento “Alfabetização em saúde”, traduzido e adaptado por Lisiane Paskulin et al. para uso em contexto brasileiro. Os dados sociodemográficos iniciais foram analisados por estatística descritiva. A análise qualitativa dos conteúdos das respostas de questões abertas foram categorizados segundo suas diferentes dimensões, considerando a natureza e sua frequência. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPA-Hospital Barros Barreto, parecer, n. 2.095.048. **Resultados:** Em ambos os grupos de idosos houve preponderância do sexo feminino. Maior escolaridade foi observada nos idosos da praça "A", com 5 a 9 anos de estudo (62,5%), quando comparados aos idosos da praça "B" com 1 a 4 anos de estudo (42,5%). A maioria dos residentes de ambas as praças morava em casa própria. A análise dos dados de letramento foram distribuídos em cinco dimensões: buscar informações sobre quedas, compreender as informações sobre quedas, partilhar informações sobre prevenção de quedas, repercussão da informação para o idoso sobre a prevenção de quedas e participar de grupos de educação em saúde. O estado de letramento funcional em saúde, tanto dos idosos com maior escolaridade ou não, prevaleceu um baixo índice de letramento. **Conclusão:** O baixo nível de letramento funcional em saúde, mais especificamente em acidentes por quedas e sua prevenção, constatou flagrante lacuna em educação para saúde. As baixas percentagens de respostas dos idosos nas diferentes dimensões do Letramento em Saúde revelaram aparente conformidade e passividade acerca de informações sobre saúde e seus cuidados.

DESCRITORES: Alfabetização em saúde, Idoso, Acidentes por quedas, Enfermagem.

PALAVRAS –CHAVE: Letramento funcional em saúde, Literacia, Queda em Idosos, Prevenção de quedas, Educação em Saúde, Enfermagem.

ABSTRAT

Background: Fall accidents, especially amongst the elderly, are considered to be events of external cause of deaths that are responsible for about five million deaths each year, which represents about 9% of the worldwide mortality. In Brazil, this event is the third cause of death. Health literacy relates to knowledge, motivation, and one's competence in searching, comprehending and analyzing health related information so they can eventually make decisions over health promotion, disease prevention and improvement in quality of life. **Aim:** Finding out the level of health literacy amongst an elderly group on the topic of fall accidents and its prevention. **Methods:** This is an exploratory-descriptive study using a qualitative approach. The participants are 80 elderly that were also public square goers, from these, 40 elderly were interviewed in the Public Square A (located in a middle class neighborhood) and the other forty were interviewed in Public Square B (located in a low-income neighborhood). The interviews used the instrument "Health Literacy", translated and adapted by Lisiane Paskulin et al. for use within the Brazilian scenario. The sociodemographic data was analyzed using descriptive statistics. The qualitative analysis over the content of the responses to the open questions were categorized according to its different dimensions, considering its nature and frequency. The research project was approved by UFPA - Hospital Barros Barreto's Research Ethics Committee, under the protocol number 2.095.048. **Results:** In between both groups there was a predominance of the female gender. A higher formal education rate was found amongst the elderly interviewed in the Public Square A, with the years of formal education varying from 5 to 9 (62,5%), against 1 to 4 years of formal education amongst the elderly found in Public Square B (42,5%). The majority of the elderly in both public squares were house owners. The analysis of the health literacy data was distributed in five dimensions: finding fall accidents information, comprehending fall accidents information, sharing fall accidents information, repercussion of the fall accidents information to the elder, and participation in health education groups. Health literacy in both the middle class neighborhood group and in the low income neighborhood group reached a low level. **Conclusion:** The low level of health literacy over fall accidents and its prevention was found to be a very important lack in health education. The low percentage of responses from the elderly when questioned over the different dimensions of health literacy revealed an apparent conformity and passivity over general health information.

DESCRIPTORS: Health Literacy, Aged, Fall Accidents, Nursing.

KEY-WORDS: Functional Health Literacy, Literacy, Fall Accidents amongst the Elderly, Fall Accidents Prevention, Health Education, Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS

AINHs- Anti-inflamatórios Não- Hormonais.

BDENF- Base de Dados de Enfermagem.

CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

CNS- Conselho Nacional de Saúde.

DCNT- Doenças Crônicas Não transmissíveis.

DESC- Descritores em ciências da Saúde.

IBOPE- Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística

INAF- Índice Nacional de Analfabetismo Funcional.

IOM- Institute of Medicine

JCI- Joint Commission International.

LFS- Letramento Funcional em saúde.

LILACS- Literature Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde.

LS- Letramento em saúde.

MEDLINE- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

MEEM- Mini Exame do Estado Mental.

MESH- Medical Subject Headings.

NAAL- National Assessment of Adult Literacy.

NALS- National Adult Literacy Survey.

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

NCES- National Center for Education Statistic.

NVS- Newest Vital Sign.

OMS- Organização Mundial da Saúde.

ONU- Organização das Nações Unidas.

OPAS- Organização Pan-Americana de saúde.

REALM- Rapid Estimative of Adult Literacy in Medicine.

SUS- Sistema Único de Saúde.

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

TOFHLA- Test of Funcional Health Literacy in Adults.

WRAT- Wide Range Achievement Test.

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos de idosos frequentadores de praças públicas de Belém, junho-agosto, 2017, Belém- Pará, 2017..... 53

Tabela 2: Informações segundo a opinião dos idosos frequentadores de praças públicas de Belém para a prevenção dos acidentes por queda, junho-agosto, 2017, Belém- Pará, 2017... 69

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo conceitual de letramento em saúde Mancuso (2008).....	38
Figura 2: Modelo conceitual de letramento em saúde Sorensen et al (2012).....	40
Figura 3: Dimensionamento do Modelo de Letramento Funcional em Saúde para prevenção de acidentes por quedas em idosos baseado no modelo conceitual de Sorensen et al. 2012.....	82

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA	18
1.2	OBJETIVOS	19
2.	REVISÃO DE LITERATURA SOBRE ACIDENTE POR QUEDAS EM IDOSOS	20
2.1	ACIDENTES POR QUEDA	21
2.1.1	Etiologia e magnitude do acidente por queda	21
2.1.2	Fatores de risco para quedas em idosos	25
2.1.3	Eficácia da implementação da educação baseada em evidência em quedas	28
3.	REFERENCIAL TEORICO- METODOLOGICO	31
3.1	O contexto histórico do letramento	31
3.2	Instrumentos para avaliação da literacia em saúde	41
3.2.1	National Assessments of Adult Literacy (NAAL)	42
3.2.2	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)	42
3.2.3	Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)	44
3.2.4	Newest Vital Sign (NVS)	45
3.2.5	Wide Range Achievement Test (WRAT)	46
3.2.6	Short Assessment of Health Literacy for Portuguese- speaking Adults (SAHLPA-18)	46
3.2.6	Instrumento Health Literacy (“Alfabetização em saúde”)	47
4.	METODOLOGIA	48
4.1	Tipo de estudo	48

4.2	Contextualização do local da pesquisa	48
4.3	População alvo e amostra	50
4.4	Instrumento e procedimentos de coleta de dados	51
4.5	Procedimento de análise dos dados	52
4.6	Aspectos éticos em pesquisa com seres humanos	52
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1	Caracterização da amostra	53
5.2	Letramento Funcional dos idosos acerca de acidentes por queda	59
	01: Buscar informações sobre quedas	59
	02: Compreensão das informações sobre quedas	65
	03: Partilhar informações sobre prevenção de quedas	68
	04: Repercussão da informação para o idoso sobre a prevenção de quedas	73
	05: Participação em grupo de educação em saúde	76
5.3	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, ENSINO E PESQUISA	82
	CONCLUSÃO	85
	RÊNCIAS	87
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	98
	ANEXO A: PARECER DO CEP	100
	ANEXO B: MINIEXAME DO ESTADO MENTAL	101
	ANEXO C: INSTRUMENTO DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE	102

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é importante em qualquer instância do relacionamento humano, sendo fundamental quando se trata de saúde. Para que a conduta prescrita pelo profissional de saúde seja seguida, com o conseqüente benefício para o indivíduo, é imprescindível que o mesmo entenda as recomendações para poder segui-las.

É fundamental a competência do indivíduo para lidar com o cuidado de sua própria saúde, gerenciando o processo saúde-doença. É também essencial conhecer o nível de alfabetização em saúde das pessoas por parte do sistema de saúde.

A complexidade da alfabetização em saúde ou Letramento em Saúde (SOARES, 2014) e o fato de se tratar de um tema pouco explorado no Brasil, requer atenção para suas definições e pressupostos associados.

Os estudos realizados sobre alfabetização ou letramento em saúde apontam que o tema é pertinente à promoção da saúde sob diversos aspectos, como habilidades e competências pessoais e, tomadas de decisão em saúde. A educação é imprescindível na promoção da saúde, sobretudo para a população idosa no cultivo do envelhecimento ativo.

Letramento em saúde é um tema de interesse de diversos pesquisadores e profissionais de saúde (Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic, Marinkovic, 2009; Kondilis et al., 2008; Olney et al., 2007) além de formuladores das políticas públicas responsáveis pela promoção, prevenção em saúde; muitas produções científicas na área da saúde têm mostrado baixo nível de letramento em saúde entre as pessoas (PASSAMAI, et al., 2012; SANTOS et al., 2012; SANTOS et al, 2015).

Baker (2006) expõe que as capacidades individuais de cada pessoa são relativamente estáveis ao longo do tempo, podendo melhorar por meio de programas educativos ou podendo diminuir devido aos processos patológicos que prejudicam a função cognitiva. Outros autores argumentam que se o letramento em saúde é a capacidade funcional de gerenciar o ambiente de saúde, suas características devem ser tanto individuais como do sistema de saúde (BAKER, 2006).

O Letramento Funcional em Saúde é a aplicação prática das competências cognitiva e não cognitiva na vida real, sendo o resultado de intervenções. É a ponte entre as habilidades de letramento com a capacidade do indivíduo e o contexto da saúde, resultado da comunicação e educação em saúde. Esse conceito recebeu destaque no primeiro e mais rigoroso dos testes de letramento nos Estados Unidos, o *National*

Assesment of Adult Literacy (NAAL) em 1992, surgindo como um novo campo em espaços acadêmicos, expandido para outras vertentes das áreas das Ciências da Saúde (PASSAMAI, 2012).

O letramento fornece aos indivíduos as habilidades necessárias que permite a compreensão e a comunicação das informações em saúde. Para os educadores o letramento representa gama de habilidades, como leitura, escrita, fala, audição, compreensão de linguagem e cálculos básicos de matemática. Assim, a fala e a compreensão da linguagem são denominadas letramento oral, enquanto que a leitura e a escrita são conhecidas como letramento de texto impresso. No relatório do *Institute of Medicine* -IOM (2004) foi dividido o letramento em três tipos: letramento básico de texto impresso, letramento para diferentes tipos de texto e letramento funcional (PASSAMAI, 2012).

O letramento muitas vezes é referido como educação para a saúde e distingue-se por um processo dinâmico que não se restringe apenas à alfabetização, mas permite que os indivíduos usem o conhecimento, a competência adquirida na aprendizagem para dar respostas aos problemas e desafios do cotidiano (LOUREIRO et al, 2012).

Nas últimas décadas, o cenário da população brasileira tem demonstrado mudanças demográficas significativas, com diminuição da mortalidade, aumento da expectativa de vida e aumento do estrato idoso da população.

O aumento da expectativa de vida, decorrente dos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde em relação ao diagnóstico e intervenção, acrescido da diminuição de taxa de fecundidade levam ao aumento da população idosa (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008).

No Brasil, a estimativa é de se ter maior intensidade de crescimento da população idosa a partir de 2020 passando de 28,3 milhões de idosos para 52 milhões em 2040, correspondendo a quase um quarto de habitantes do país, aumentando de 2% a 4% a cada ano (CAMARANO; KANSO, 2012; KUZNIER, SOUZA, 2015).

Neste cenário de transição demográfica também há transição epidemiológica, onde as doenças infecciosas estão sendo substituídas pelas doenças crônicas e agravos, em decorrência do avanço das tecnologias no tratamento das doenças e na indústria farmacêutica; das mudanças no estilo de vida das pessoas, com prática de atividades físicas e incorporação de dietas balanceadas; propiciando maior longevidade e

desenvolvimento de doenças crônicas. Estudos mostram que 85% dos idosos sofrem com pelo menos uma doença crônica (CHIANCA et al., 2013; SANTOS et al., 2012).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o envelhecimento é “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 a fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), nos países em desenvolvimento, idoso é aquele indivíduo com 60 anos ou mais e nos países desenvolvidos são indivíduos com 65 ou mais e que tem uma vasta experiência de vida acumulada e estão num processo de “desgaste” fisiológico e vulneráveis para doenças e acidentes (BIZERRA; GONÇALVES, CARMO, 2014).

Com a prevalência de doenças crônicas na velhice, aumenta a ocorrência de acidentes por quedas, havendo a necessidade de os serviços de saúde adequarem seu atendimento à esta demanda e atualizando a capacitação de seus profissionais (RAMOS et al., 2011; KUZNIER, SOUZA, 2015).

O processo de envelhecimento é dinâmico e progressivo, com alterações morfofisiológica, bioquímica, psicológica, resultando na diminuição da funcionalidade dos órgãos e aparelhos (BARBOSA et al., 2014). Leva a alterações estruturais e funcionais, como por exemplo, mobilidade física que, devido à osteoporose, frequente em idosos, pode ocasionar alteração da marcha e instabilidade postural, outras alterações também se fazem presentes em idosos, como: diminuição da acuidade auditiva e visual, diminuição da força muscular e a lentidão dos mecanismos corporais centrais.

Estas alterações propiciam a ocorrência de acidentes por queda, podendo levar a incapacidade física e comprometimento emocional, tendo como consequência longos períodos de internação hospitalar, reabilitação prolongada, dependência da família e o risco de morte (COSTA et al., 2011; FREITAS et al., 2011). Esses acidentes são considerados problema de saúde pública de grande impacto social devido à morbidade e custo alto com hospitalizações decorrentes das lesões provocadas. Aproximadamente 28% a 35% dos indivíduos com mais de 65 anos sofrem acidentes por quedas a cada ano; essa proporção aumenta de 32% a 42% nos indivíduos com mais de 70 anos (KUZNIER, SOUZA, 2015; ALBUQUERQUE, 2014; SOUZA et al., 2012).

A incidência de acidentes por queda é maior entre os idosos, principalmente as mulheres. Fisiologicamente, a massa óssea da mulher diminui mais rápido do que a do homem. Fatores que aumentam as chances de queda são as disfunções nutricionais, as morbidades e a depressão (PINHO et al., 2012; FHON et al., 2012).

Os acidentes por queda são considerados eventos de causas externas de mortes que são responsáveis por cinco milhões de mortes representando aproximadamente 9% da mortalidade mundial. No Brasil, esse evento é considerado a terceira causa de morte, sendo que 30% dos idosos caem uma vez ao ano. A mortalidade cresceu de 3% para 4,5% no período de 10 anos. Na região Norte, no ano de 2014, o número de ocorrências desse evento foi de 13.327, sendo no estado do Pará 589 acidentes por quedas (BRASIL, 2014). No grupo do estrato idoso da população as causas externas ocupam a sexta posição de óbito, e os acidentes por queda ocupam a quinta posição. (ARAUJO et al., 2014). No Brasil, 29% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano e 13% caem de forma recorrente com impacto de mortalidade importante (BARBOSA et al., 2014).

O conjunto de alterações de consequências de queda como: fraturas, imobilidade, restrições a atividades, internações hospitalares e prejuízos psicológicos são consideradas síndrome pós-queda, responsável pela perda da autonomia da pessoa idosa, mesmo sendo por tempo limitado, podendo provocar sequelas importantes (KUZNIER, SOUZA, 2015; ALBUQUERQUE, 2014).

Vários são os fatores de risco para acidentes por quedas e podem ser divididos em intrínsecos que são resultantes da lentidão dos mecanismos corporais centrais que estão associados a doenças como Doença de Parkinson, demências, alterações da marcha, dificuldades visuais e auditivas, osteoporose, instabilidade postural, estando ligados aos processos fisiológicos ou patológicos do envelhecimento; das doenças crônicas e da utilização de diversos fármacos e os extrínsecos, que são ligados ao meio ambiente e ao contexto em que está inserido o idoso (COSTA et al., 2011; KUZNIER, SOUZA, 2015).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) estima que os gastos em relação aos agravos gerados por acidentes por queda são cada vez mais altos. No ano de 2006, mais de 49 milhões de reais foram gastos em internações de idosos com fratura de fêmur e um montante de 20 milhões de reais em medicamentos (ALBUQUERQUE, 2014).

Para o alcance do cuidado seguro a OMS lançou em outubro de 2004 uma Aliança Mundial para Segurança do Paciente em parceria com a Comissão Conjunta Internacional – *Joint Commission International* (JCI), onde foram lançadas metas com o intuito de

redução de eventos adversos em instituições de saúde. Entre as metas está a redução de lesões por acidentes por queda que consiste no Protocolo de Prevenção de Quedas (BARBOSA et al, 2014).

A incidência de quedas é o indicador de qualidade que mostra a situação da educação em saúde para prevenção de tais eventos pelos profissionais para com os indivíduos (BARBOSA et al., 2014).

Percebe-se na prática clínica dificuldades dos profissionais de saúde em trabalharem com a identificação de fatores de risco para acidentes por queda visando elaboração de ações para prevenção de eventos (KUZNIER, SOUZA, 2015).

Segundo Feliciani (2011), os acidentes por queda são eventos de notificação compulsória aos órgãos sanitários sendo de interesse para os profissionais de saúde visando à criação de estratégias de prevenção em vários contextos como domiciliar, institucional, hospitalar e outros ambientes. É um evento que ocorre em todas as fases da vida, porém com maior frequência nas idades avançadas. As causas são multifatoriais podendo ser de clara identificação ou de difícil individualização.

O conhecimento do evento possibilita identificar os fatores de risco para subsidiar a elaboração de estratégias de prevenção e conduzir as ações de planejamento de cuidados e programas de treinamento para capacitar os profissionais da saúde com intuito de minimizar os fatores que possam desencadear os acidentes por queda (COSTA et al., 2011, KUZNIER, SOUZA, 2015; ALBUQUERQUE, 2014).

O incentivo a práticas preventivas é responsabilidade da equipe multiprofissional pautando na integralidade do cuidado. O enfermeiro assume o papel da vigilância da saúde quanto à promoção e prevenção desses agravos, precisando conhecer sobre o processo de envelhecimento e as causas do declínio funcional, com intuito de realizar orientações sobre as atividades da vida diária (COSTA et al., 2011). Essas intervenções preventivas devem ser multidimensionais e Inter setorial realizadas por profissionais habilitados através da educação em saúde para que desenvolvam ações para adaptações ambientais como o corrimão, piso antiderrapante, incentivo a atividade física; e acompanhamento rigoroso de medicações (RAMOS et al., 2011).

Estudos realizados com idosos sobre a ocorrência de acidentes por queda e a prevenção do evento mostraram que a maior prevalência de quedas foi em mulheres, viúvas, com baixa escolaridade (DANTAS, BRITO, LOBATO, 2012; PINHO et al., 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA

Atualmente, os acidentes por queda nos idosos tem sido tema de interesse para a saúde pública devido às graves consequências de saúde podendo ser irreversíveis, pois trazem dificuldades ou até mesmo impossibilidades para que o idoso consiga realizar suas atividades no cotidiano perdendo a autonomia e diminuindo a realização do autocuidado, acarretando problemas não só para si, como também para toda a sua família, levando ao ônus maior para o sistema de saúde que não dispõe de recursos suficientes para tratamento, recuperação e reabilitação (FELICIANI, 2011).

Os trabalhos realizados por Costa et al. (2011); Ramos et al. (2011); Kuznier e Souza (2015) identificaram que a grande parte dos participantes da pesquisa, vítimas de acidentes por queda, apresentava baixa escolaridade, e havendo predomínio do sexo feminino. Mostraram também, que a maioria (64 - 59,3%) dos idosos teve um evento de queda no último ano. Destes, 35 (53,0%) tiveram duas ocorrências de queda, 23 (34,8%) caíram uma vez, sete (10,6%) caíram três vezes, e um (1,5%) teve quatro episódios de queda no último ano.

O Plano Nacional de Saúde atual, 2011/2016, ressalta que para o desenvolvimento da cidadania em saúde é fulcral a responsabilidade do poder da pessoa para a melhoria individual e coletiva por meio da promoção em saúde, aumentando o letramento em saúde para maior comprometimento e autocontrole da própria saúde (CUNHA et al., 2014).

Para a promoção da saúde é fundamental a competência do indivíduo ou um bom nível de letramento em saúde, o que torna essencial na atuação dos profissionais da saúde, conhecer o nível de letramento em saúde das pessoas.

Considerando que os acidentes por queda são multifatoriais, de alta complexidade terapêutica, com inúmeros prejuízos tanto pessoais como sociais, além do ônus ao erário público e, considerando a escassez de estudos brasileiros sobre o tema, a presente pesquisa configura-se como relevante no sentido de contribuir para o aprofundamento desse conhecimento.

Com base no exposto, propôs-se a questão de pesquisa: Qual é o estado de letramento funcional de saúde dos idosos acerca de acidentes por queda e sua prevenção?

1.2 OBJETIVO GERAL:

Conhecer o estado de letramento funcional em saúde dos idosos acerca de acidentes por queda e sua prevenção.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Descrever o estado de letramento funcional em saúde dos idosos em acidentes por queda e sua prevenção.
- Explorar como as diferentes dimensões do letramento funcional em saúde são referidas pelos idosos acerca de acidentes por queda e sua prevenção.

2. REVISÃO DE LITERATURA SOBRE ACIDENTE POR QUEDAS EM IDOSOS

O capítulo aqui apresentado trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. Revisões narrativas são revisões que admitem a análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas sobre um determinado tema, para descrevê-lo e discuti-lo, sob ponto de vista teórico ou contextual. Essa categoria de artigos apresenta um papel fundamental para a educação continuada, pois permite a atualização do conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo.

Para o início da busca foi proposta uma pergunta de pesquisa: Quais as últimas evidências encontradas acerca de acidentes por queda em idosos?

O período de busca foi 05 anos (2012 a 2016) e essa busca ocorreu de agosto a outubro de 2017. A pesquisa foi realizada em cinco bases de dados eletrônicas, com acesso *on-line*: PubMed/Medline (*National Library of Medicine and National Institutes of Health/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

O acesso às bases de dados deu-se da seguinte maneira: para acessar PubMed/Medline utilizou-se o portal PubMed; para a LILACS e BDENF o acesso foi via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); para acessar CINAHL utilizou-se o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para as estratégias de busca dos artigos, foram utilizadas combinações de cinco descritores (idoso, acidentes por queda, enfermagem, prevenção, educação) em português e seus correspondentes em espanhol e inglês, constando esses descritores nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH). Para favorecer a busca utilizaram-se também combinações dos descritores com os operadores booleanos (*and*, *or*, *not* ou *and not*), respeitando-se a diferença entre as bases de dados e as palavras-chaves (letramento, literacia, prevenção de quedas, idoso; enfermagem).

Os critérios de inclusão foram: Textos completos, nos últimos 05 anos (2012-2016), nas línguas: inglês, espanhol, português. Foram definidos como critérios de inclusão: textos *on-line*, publicados em periódicos científicos disponíveis nas bases de dados selecionadas para o estudo, dos últimos 05 anos (2012-2016), no idioma português,

inglês e espanhol, que tinham como temática a educação para prevenção do evento queda em idoso e o que a enfermagem tem produzido sobre letramento em saúde.

Os critérios de exclusão foram: Foram excluídos os artigos duplicados e não faziam referência ao tema e matérias como editoriais; cartas; resenhas; relatos de experiências e reflexões teóricas; resumos em anais de eventos, resumos expandidos e estudos publicados em outros idiomas que não fossem o português, inglês e espanhol.

Os títulos e os resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica foram revisados, os que não atendessem aos critérios foram excluídos integralmente. Após o processo e as buscas na base de dados estabelecidas para a pesquisa selecionou-se o total de 53 publicações.

Todos os artigos foram analisados por seus títulos e resumos conforme os critérios de inclusão e exclusão. Com isso, foram selecionados 53 artigos que tratavam sobre epidemiologia do evento quedas que constituíram o *corpus* deste estudo. Uma vez definida a amostra, os artigos foram armazenados em bancos de dados físicos e virtuais.

Os artigos encontrados na busca foram organizados na presente revisão da seguinte forma: Etiologia e magnitude dos acidentes por queda, fatores de risco para quedas, Eficácia da educação preventiva de acidentes por queda.

Os aspectos éticos desta revisão atende os preceitos da Lei nº 9610/1998, no intuito de preservar e respeitar as ideias, os conceitos e as definições dos autores das produções analisadas, as quais devem ser apresentadas fidedignamente, descritas e citadas.

2.1 ACIDENTES POR QUEDA

2.1.1 Etiologia e magnitude do acidente por queda

A magnitude de determinado evento ou agravo, ou o impacto de determinada intervenção poderiam ser avaliados por meio de indicadores epidemiológicos e gerenciais. Em relação ao envelhecimento, esse fenômeno tem sido discutido, registrado e divulgado baseado em informações sobre dados e projeções demográficas em inúmeros documentos institucionais, artigos científicos e na mídia, porém sua importância social, política, técnica e cultural não está sendo abordada com a mesma frequência, apesar da situação do evento já existente (LOPES et al., 2014).

Com base no Censo de 2010, o IBGE projeta para 2030 um incremento de 26 milhões de brasileiros, passando o país dos atuais 190 milhões de habitantes para 216 milhões de habitantes e com a população crescendo num ritmo mínimo até chegar a estagnação em 2040 (IBGE, 2010).

A população idosa no Estado do Pará é de 479.857 habitantes, com uma expectativa de 20,6 anos de vida a partir dos 60 anos. Esse processo de envelhecimento populacional provoca mudanças nos serviços de saúde, o que pode estar levando as famílias a enfrentarem novos desafios no cuidar-cuidado dos seus idosos (BRASIL, 2008 apud BARBOSA et al., 2014).

O envelhecimento da população é um êxito da humanidade, porém é desafio para a sociedade, pois espera um envelhecimento saudável e ativo (PEREIRA-LLANO et al., 2016). Com o aumento da população idosa há necessidade de discussões sobre os eventos incapacitantes principalmente os de acidentes por queda por ser um evento comum e por suas consequências, para manter as atividades básicas da vida diária e instrumental desse idoso (DIAS et al., 2007; FHON et al., 2012).

No Brasil, a prevalência de quedas varia de 30 a 40% em idosos comunitários. Dados do Ministério da Saúde mostraram que os gastos do SUS com hospitalizações de pessoas idosas por fratura de fêmur dobraram nos últimos 10 anos, totalizando um valor em torno de 7,5 milhões de reais dos anos de 2005 a 2014 (PIMENTEL et al., 2015).

Cerca de 30% dos idosos caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em Instituições de longa permanência. As mulheres tendem a cair mais do que os homens até os 75 anos, e a partir daí a frequência é igual. Dos que caem, cerca de 2,5 % são hospitalizados e destes, apenas metade sobreviverá após um ano do evento queda (ALVES et al., 2012).

A ocorrência e a frequência de acidentes por queda em idosos são muito maiores do que se imagina, porque eles aceitam o evento como um acontecimento inevitável do envelhecer e acabam não relatando, apenas se for interrogado (ROSA, 2011). Segundo estudos, a percepção que o idoso possui sobre seu estado de saúde influencia diretamente a ocorrência de quedas, ou seja, quanto pior essa percepção do idoso, suas atitudes frente às enfermidades são passivas. Há fatores que podem estar interligados com a deterioração física, o aumento da probabilidade de apresentar alguns distúrbios no equilíbrio e vir a sofrer um evento como a queda (COSTA et al., 2011).

As consequências dos acidentes por queda podem ser das mais simples como escoriações, até as mais complexas como fraturas que causam restrição de atividades, síndrome do medo de cair, o que gera dependência deste indivíduo (FHON et al., 2012). Os acidentes por quedas podem representar um marcador para a taxa de mortalidade na população idosa, sendo que as lesões e suas sequelas reduzem a mobilidade e a capacidade funcional que estão associadas à restrição de atividades devido a dores podendo levar a morte devido a outras doenças (ROSA, 2011).

Para Papaléo Netto (2007, p. 562) “o motivo pelo qual a queda se transforma em um importante risco para saúde nos indivíduos é consequência da interação complexa e pouco compreendida de fatores biomédicos, fisiológicos, psicossociais e ambientais”.

Os acidentes por queda são responsáveis pela perda da autonomia da pessoa idosa mesmo sendo por tempo limitado podendo provocar sequelas como: fraturas, imobilidade, restrições a atividades, internações hospitalares, prejuízos psicológicos: medo de novos episódios de quedas, declínio da saúde, depressão, isolamento social, morte. Esse conjunto de consequências foi denominada síndrome pós-queda (FABRIZIO, RODRIGUES, COSTA JUNIOR, 2004; KUZNIER, SOUZA, 2015; ALBUQUERQUE, 2014).

Em relação ao gênero, estudos realizados com idosos referem que as mulheres sofrem maior número de quedas, não havendo evidências concretas para tal. Alguns mecanismos para este fenômeno poderão estar associados à quantidade menor de massa magra e força muscular em relação aos homens, além da perda mais acentuada de massa óssea em consequência da redução de estrógeno, o que aumenta a probabilidade de osteoporose. A exposição às atividades domésticas também aumenta o risco aos acidentes por queda (CRUZ et al., 2012). Embora as evidências mostrem o aumento desse evento entre a população idosa, a literatura brasileira tem realizado poucos estudos epidemiológicos sobre o assunto.

O evento queda teve definições semelhantes para diferentes autores:

Para Ferreira, Caetano e Damázio (2011) a queda é definida como uma falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo durante o movimento no espaço.

Acidentes por queda é o resultado do deslocamento não intencional que leva o corpo ao toque ao chão inesperadamente sem tempo hábil para correção postural (COSTA et al., 2011).

Segundo Lira et al. (2011):

A queda é um tipo de acidente doméstico inesperado não intencional no idoso, em que o corpo do indivíduo passa para um nível mais baixo em relação a sua posição original com a incapacidade de correção em tempo hábil, determinado muitas vezes, por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade.

Para a prática da enfermagem o risco de queda é definido pela North American Nursing Diagnosis Association-NANDA (2015) como um risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar danos físicos e comprometer a saúde e tem sido utilizado como base para prevenção do evento.

Risco de queda é um diagnóstico de enfermagem que está locado no domínio de segurança/proteção com intuito de intervenção preventiva para lesão física relacionada a fatores de risco em adultos mais velhos como: morar sozinho, idade superior a 65 anos, história de acidentes por queda, prótese de membro inferior e uso de dispositivos auxiliares; alterações cognitivas; alterações fisiológicas; alterações por agentes farmacológicos e ambientais, observáveis durante a consulta e visita de enfermagem.

Já a OMS define queda como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos” (WHO, 2007, p.9). Enquanto para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, queda “é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade” (OLIVEIRA, 2014).

A queda tem suas classificações com base na frequência com que ocorrem e no tipo de consequências que delas advém: em relação à classificação de acidentes por queda: acidental é um evento único que dificilmente ocorrerá novamente, decorrente de uma causa extrínseca do indivíduo, devido à presença de um fator de risco ambiental danoso, atitudes ou comportamentos de risco das pessoas. A queda recorrente surge da presença de fatores intrínsecos relacionados ao próprio indivíduo como as doenças crônicas, a poli medicação, as alterações do equilíbrio e défices sensoriais (CABERLON, 2012; PEREIRA; MIGUEL; FERNANDES, 2010).

A classificação quanto à presença de lesões: lesões graves são aquelas, onde a fratura ou trauma cranioencefalico ou luxação é a consequência. As lesões leves são aquelas representadas por abrasões, cortes, escoriações, hematomas e edema. Quanto ao tempo de permanência no chão: queda prolongada onde o indivíduo permanece no chão

num tempo superior a 15 minutos pela incapacidade de levantar-se sem ajuda (CABERLON, 2012).

O dano é caracterizado como comprometimento da estrutura ou função do corpo ou qualquer outro efeito, incluindo doença, sofrimento, lesões, incapacidade ou disfunção ou até morte, podendo ser físico, psicológico ou social (BRASIL, 2013; OMS, 2011). As consequências desse dano são classificadas como ausente, leve, moderado, grave e óbito. O dano leve é caracterizado quando o evento é sintomático, sendo as perdas das funções ou danos mínimos de curta duração que não necessita de intervenção ou então intervenções mínimas (OMS, 2011).

O dano moderado é caracterizado por consequência sintomática com intervenção, com internação causando perda de funções, danos permanentes ou em longo prazo. O dano grave é caracterizado por consequência sintomática com intervenção para salvar a vida de indivíduos, causando perda das funções, grandes danos permanentes ou em longo prazo (OMS, 2011).

Segundo Albuquerque (2014) os acidentes por queda estão associados a lesões físicas, declínio funcional do idoso, diminuição da qualidade de vida, medo de cair, restrição das atividades sociais, aumento do risco de institucionalização, grande demanda por serviços de saúde e internações (ALBUQUERQUE, 2014).

Os locais de ocorrência dos acidentes por queda na comunidade ocorrem próximo das residências ou na própria residência durante o dia, e mais durante a noite nas instituições hospitalares e nas de longa permanência (CABERLON, 2012).

2.1.2 Fatores de risco para quedas em idosos

O risco de queda aumenta consideravelmente com o avanço da idade. Os acidentes por quedas podem acarretar um gasto considerável tanto financeiro quanto biopsicossocial ao indivíduo, família e comunidade. Os acidentes por queda ocorrem por motivos inerentes ao processo do envelhecimento como a instabilidade postural resultante do declínio da acuidade visual, perda da audição, distúrbios do equilíbrio e coordenação motora e perda de memória (CABERLON, 2012).

As quedas com impacto direto no pulso ou pelve mais facilmente resultam em fraturas. Idosos que caem de alturas menores do que a do próprio corpo ou conseguem

segurar em algum objeto para diminuir a energia de impacto tem menor propensão a fraturas (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016).

A etiologia das quedas é considerada multifatorial divide-se em fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais. Os fatores intrínsecos estão associados ao próprio idoso decorrente de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento como a idade, alterações no nível de consciência, distúrbios do equilíbrio, hipotrofia, sarcopenia, diminuição da mobilidade articular, diminuição da acuidade visual, hipotensão postural, incontinência vesical e/ou intestinal e uso de medicamentos como antidepressivos, benzodiazepínicos e anti-hipertensivos (RODRIGUES; BARBEITO, ALVES JUNIOR, 2016).

Os fatores extrínsecos estão associados ao ambiente em que o indivíduo vive, características inadequadas do espaço, mobília, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, ausência de corrimãos em corredores e banheiros, ausência de grades de proteção na cama ou grades abaixadas, altura da cama elevada, campainhas fora do alcance e iluminação inadequada (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016).

Os fatores de risco comportamentais são situações sociais de risco e se referem ao uso e à percepção do espaço em relação à demanda imposta pelo ambiente e a capacidade funcional do idoso, incluindo os de ações humanas, emoções ou escolhas diárias como o uso de medicamentos, álcool e o sedentarismo (SILVA, BORGES, 2014).

O reconhecimento dos fatores associados às quedas auxiliam no esclarecimento do evento, das suas causas e consequências direcionando para as medidas de prevenção.

As causas que influenciam os acidentes por quedas em idosos são múltiplos:

- Fatores associados ao Envelhecimento.

Os fatores associados ao envelhecimento como as doenças epilepsia, doença de Parkinson, miopatias e neuropatias periféricas, síncope cardiogênica, espondilose cervical, hidrocefalia de pressão normal ou normobásica, demência, disfunção autonômica e hipotensão postural, disfunção renal, déficits sensoriais múltiplos, doença cerebrovascular, ataques de queda (drop attacks) (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016).

O evento queda representa um impacto negativo na vida dos idosos devido às consequências como as lesões, os custos de tratamento e morte. As consequências das

lesões sofridas por idosos são mais graves do que em outras pessoas, pois apresenta longo período de internação, tratamento de reabilitação e maior risco de dependência, gera ansiedade e depressão e o medo de cair, aumentando o risco para nova queda (LIRA et al., 2011; BARBOSA et al., 2014).

Estudos indicam associação entre uso de medicações e acidentes por quedas; podemos citar as classes de drogas psicotrópicas, cardiovasculares, corticosteroides e anti-inflamatórios não hormonais (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016).

- Doenças Específicas como fator de risco a queda

Com o envelhecimento há uma redução da capacidade de processamento e a habilidade da divisão da atenção. Algumas doenças aumentam essa redução tais como: epilepsia em que há perda de consciência; doença de Parkinson apresentando distúrbio de marcha, postura e equilíbrio; miopatias e neuropatias periféricas que ocasionam distúrbios motores, principalmente nos membros inferiores e distúrbios na informação sensorial postural; síncope cardiogênica; espondilose cervical em que ocorre a diminuição do estímulo proprioceptivo dos mecanorreceptores da medula espinhal podendo provocar sensações de tontura leve e desequilíbrio e a espasticidade dos membros inferiores; hidrocefalia de pressão normal ou normobárica que é caracterizada por distúrbio da marcha larga e pequenos passos, incontinência urinária e demência; demência é caracterizada por distúrbio cognitivo que impede o reconhecimento do ambiente e o distúrbio de marcha; disfunção autonômica e hipotensão postural e disfunção renal que provoca deficiência na conversão de calcidiol em calcitriol (Vitamina D3) (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016).

-Medicações específicas como fator de risco

O uso de medicamentos é um fator intrínseco de forte relação com as quedas dos idosos. É possível que o consumo de qualquer medicação esteja associado ao risco de acidente por queda. Existem alterações decorrentes do envelhecimento normal que modificam as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas das medicações como a alteração da gordura corporal, no metabolismo renal e na composição de proteínas plasmáticas de transporte (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016).

Existem classes específicas como drogas psicotrópicas, cardiovasculares corticosteroides e Anti-Inflamatórios Não-Hormonais (AINHs) que aumentam o risco de quedas. As drogas psicotrópicas, os benzodiazepínicos (meia-vida curta ou longa) e os neurolépticos (típicos e atípicos) têm sido mais implicados nos riscos de quedas (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016). Os medicamentos psicolépticos alteram as funções cognitivas como atenção, memória e orientação que são importantes para o controle postural e a manutenção do equilíbrio, causando sedação, alterações psicomotoras, relaxamento muscular e bloqueio adrenérgicos, aumentando a ocorrência de hipotensão ortostática (FERREIRA NETO et al., 2015).

Essas medicações contribuem para o evento acidentes por queda e fraturas por mecanismos presumivelmente relacionados a distúrbios do equilíbrio, respostas corretoras posturais lentificadas e hipotensão postural (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016). Os conhecimentos sobre os fatores de risco associados às medicações podem contribuir para a prevenção e diminuição do evento, sobretudo quando regimes terapêuticos podem ser modificados (FERREIRA NETO et al., 2015).

2.1.3 Eficácia da educação preventivas de acidentes por queda

Faz-se necessário a investigação das causas dos acidentes por queda, estabelecendo se a queda foi devido a um evento neurológico ou cardiovascular específico. Quedas sem causa definida são, em geral, de origem multifatorial, necessitando de avaliação sistemática (FABRIZIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004; PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016).

Uma das dimensões importante a ser investigada pelos profissionais de saúde está relacionada à avaliação cognitiva dos idosos, pois as demências representam um significativo problema de saúde pública, pela sua evolução prolongada, complexidade das manifestações e consequências, tanto ao idoso acometido quanto a seus familiares (FABRIZIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004; VALGARENGHI, 2011).

A identificação das circunstâncias das quedas é importante tanto na avaliação clínica quanto na pesquisa epidemiológico (CABERLON, 2012). Para os idosos e sua família o gerenciamento físico e mental das quedas é importante; treiná-los para evitar as quedas é uma medida que deve ser encorajada e executada (WHO, 2007).

Frente à gravidade potencial das quedas em idosos é necessário tomar medidas de prevenção amplas e especializadas com o intuito de manter a segurança e facilitar a autonomia e a manutenção das atividades de vida diária (PALMA, 2012; CABERLON, 2012).

As quedas têm como grande potencial a alteração funcional do idoso com interferência em sua autonomia e independência, ocasionando a dependência de outros para o cuidado e auxílio nas atividades diárias de rotina (FREITAS et al., 2011). Proporcionar a facilitação do deslocamento e equilíbrio do idoso em seu ambiente domiciliar é promover um ambiente seguro (KUZNIER, SOUZA, 2015).

O incentivo de práticas à prevenção de eventos incapacitantes é da equipe multiprofissional, sendo que o papel do enfermeiro é ampliado na vigilância da saúde quanto à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde (COSTA et al., 2011). Os profissionais precisam conhecer os fatores de risco e o processo de envelhecimento relacionada às quedas para que as orientações fornecidas a estes indivíduos sejam efetivas (RAMOS et al., 2011).

Ensinar como se levanta após uma queda pode evitar complicações do decúbito prolongado. A reabilitação dos idosos que caem deve ser adaptada a cada um e a seus problemas específicos (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2016).

Para a conscientização dos idosos e de seus familiares em relação aos fatores de risco existentes nas residências, a comunicação e a orientação são meios eficientes através da participação por meio de palestras, visitas domiciliares, grupos de idosos e consultas de enfermagem (SANTOS et al., 2013).

Para Maciel (2010), as medidas preventivas a tomar relativamente às quedas nos idosos envolvem orientações aos idosos e seus familiares sobre:

- Os riscos das quedas bem como das suas consequências;
- A segurança do ambiente em que vive e circula;
- O estilo de vida no que se refere a dieta e exercício físico;
- A avaliação das situações global e periódica incluindo a função cognitiva, distúrbios de humor capacidade de realização de atividades de vida diária e condições sociais;
- A racionalização de prescrição e correção de poli farmácia;
- A avaliação oftalmológica anual;
- A avaliação nutricional;

- A indicação de fisioterapia e exercícios físicos;
- A correção de fatores de risco ambiental
- As medidas de promoção da saúde com orientação para a prevenção e tratamento de osteoporose.

Ramos et al. (2011) aborda algumas ações que o enfermeiro poderá desenvolver frente aos acidentes por queda.

1- Verificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Procurar resolver e minimizar os problemas de saúde que darão origem às quedas.

2- Desenvolver programas de atenção à saúde que visem a melhorar capacidades motoras e dos aspectos psicossociais junto aos idosos.

3- Abordagem ampla e integral bem detalhada com direcionamento das causas da queda ao idoso que caiu.

4- Visitas domiciliares para reforçar a importância do autocuidado e alertar a família acerca dos cuidados sobre a prevenção.

Com estas medidas o intuito é de reduzir os fatores de risco de acidentes por queda no ambiente do idoso (FABRIZIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004; RAMOS et al., 2011). A abordagem deve ser multidimensional realizada por profissionais capacitados (SILVA, BORGES, 2014).

A avaliação do idoso, de sua saúde e o ambiente em que vive é de suma importância para a identificação dos fatores de risco para o evento incapacitante quedas com intuito de realizar ações para que a mesma não ocorra e minimizar as consequências e criar um ambiente com condições favoráveis a pessoas idosas (SANTOS et al., 2011).

3. REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

3.1- O CONTEXTO HISTÓRICO DO LETRAMENTO

O conceito do letramento tem sido discutido ao longo dos tempos, exigindo entendimento sobre seu significado. Em 1660, é registrado em Oxford English Dictionary o termo *illetteracy* e o termo *Literacy* surge no fim do século XIX representando mudança nas práticas sociais devido à necessidade de conceitos para um fato novo, no Brasil, no fim do século XX, ocorrendo a necessidade do aparecimento da palavra letramento (SOARES, 2014). O vocábulo letramento foi introduzido no Brasil por Mary Kato em 1986, no livro “No mundo da escrita: uma perspectiva psicolinguística”, onde a autora defende que a língua culta falada é consequência do letramento (KLEIMAN, 2008).

O termo Letramento em Saúde (LS) é um descritor de origem inglesa *health literacy* e abrange a influência do letramento no contexto da saúde. Foi traduzido para o português como alfabetização em saúde em meados dos anos 80. Com a expansão dos estudos sobre a temática surgiram no Brasil, Portugal e França as palavras letramento, literacia e illetterisme respectivamente (SANTOS et al., 2015). Essas terminologias suscitam discussões quanto a sua aplicabilidade (PASSAMAI, et al, 2012; SANTOS et al, 2015). No Brasil, são utilizados os termos “letramento” e “alfabetismo”, porém no ambiente educacional o termo letramento foi popularizado, pois permite utilização da linguagem escrita nas diversas práticas sociais (MARAGNO, 2009).

O conceito de Letramento em saúde foi atribuído a Simonds (1974). O termo Letramento em saúde foi utilizado pela primeira vez em um artigo denominado *literacy for the council on Scientific policy* como relatório sobre os “standards” da educação para a saúde primordial para o ensino americano, referindo-se à necessidade de educação para a saúde no contexto escolar. Na década de 90 surge a temática no contexto da promoção e educação para a saúde (LOUREIRO et al, 2012, PASSAMAI, et al, 2012). É também traduzido como alfabetização em saúde, porém tem autores que discordam dessa atribuição como Loureiro (2012).

Na literatura os dois termos, Letramento em saúde e Letramento Funcional em saúde (LFS) são usados de forma intercambiável (COLBERT, 2007 apud PASSAMAI, 2012). Por esta razão o termo Letramento Funcional em Saúde (LFS) será utilizado nesta pesquisa, por ter sido o termo observado nos estudos brasileiros na área da saúde.

O termo Letramento ou alfabetização é considerado um processo de aprendizagem de leitura e escrita, é o estado ou condição de indivíduos ou grupo social que adquire apropriadamente da escrita e das práticas sociais (SOARES, 2006).

A Organização das Nações Unidas (ONU) no dia 08 de setembro designou o dia internacional do Letramento. De 2003 a 2012 instituiu-se a década do Letramento por objetivo ressaltar a importância do Letramento na vida das pessoas e da sociedade. (MONTEIRO, 2009).

Há uma diferença de definição de letramento entre os países desenvolvidos e em países em desenvolvimento. Nesses últimos os indivíduos iletrados não dominam as habilidades necessárias para o uso da linguagem escrita nas práticas sociais e em países em desenvolvimento, como o Brasil, o indivíduo iletrado tem dificuldade em ler e escrever (SOARES, 2014).

A definição de letramento em saúde ainda não é consenso, ainda está em construção.

O termo letramento é definido pela UNESCO sendo como a capacidade de identificação, compreensão, interpretação, criação, comunicação para a utilização das tecnologias nos diversos contextos. Envolvendo um contínuo processo de aprendizagem com desenvolvimento de potenciais e o conhecimento para o alcance de objetivos para participação da sociedade (PASSAMAI, et al., 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Letramento em saúde como:

O conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para acessar, compreender e usar informação, de forma a promover e manter um bom estado de saúde. Implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida (WHO, 2000).

A Associação Americana de Medicina define Letramento, em 1999, também nos aponta uma definição para o LS como “uma constelação de competências, incluindo a capacidade de levar a cabo tarefas básicas de leitura e numérica, requeridas para a funcionalidade no ambiente de cuidados de saúde” (SELDEN, 2000).

Para o Departamento Americano de Saúde e Serviços Humanos define letramento em saúde como “o grau em que os indivíduos possuem capacidade para obter, processar e perceber informação básica de saúde necessária para tomar decisões relacionadas com a sua própria saúde” (USDHHS, 2010).

Segundo Apolinário et al. (2012), o LFS é a capacidade que o indivíduo possui para a execução de leitura básica e tarefas com números mínimos para acessar o ambiente de saúde e este relacionado diretamente com os resultados de saúde. O Letramento em saúde inadequado está associado a menor utilização de serviços preventivos, a falta de autocuidado para com as condições crônicas, a não adesão ao tratamento medicamentoso; ao aumento da hospitalização e das taxas de mortalidade.

O conceito de LFS mais recente é o de Sorensen et al. (2012) que definem o termo como:

O conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida.

O LFS é um conceito amplo na saúde; quando adequado promove a saúde pública, a comunicação clara, a equidade de cuidados e segurança a qualidade de saúde (WOLF et al., 2009). O letramento em saúde baixo em adultos está associado a estratégias de busca de informações de saúde inadequadas e cuidados precários.

Assim, o LFS é a capacidade que o indivíduo tem para obter, processar, compreender informações relativas à saúde básica e aos serviços necessários a fim de fazerem julgamentos e tomada de decisão adequada na vida cotidiana (EFFING, WILLIAMS, FRITH, 2013; WOLF et al., 2009; SIMÃO et al., 2015).

Embora o letramento e alfabetização sejam dois processos inseparáveis e interdependentes possuem significados diferentes. A alfabetização diz respeito às habilidades para leitura e escrita e o letramento é o desenvolvimento desta habilidade no âmbito da vida social (PASSAMAI, 2012).

O Letramento Funcional em Saúde (LFS) é considerado uma condição funcional envolvendo diversas dimensões que unidas são considerados determinantes para a saúde, como as características sociodemográficas (ocupação, renda, empregos, suporte social, cultura e linguagem); habilidades físicas (idade, audição, visão e fluência); habilidades cognitivas (cognição e memória) com a interação e integração entre si para que o indivíduo entenda, compreenda, analise e aplique eficazmente as informações de saúde no seu cotidiano (PASSAMAI, et al., 2012; SANTOS et al., 2015, SANTOS, 2010). O analfabeto funcional é aquele indivíduo que sabe ler e escrever, porém não possui habilidades de leitura, de escrita e de cálculo necessário para aplicar e desenvolver em sua vida pessoal e profissional (PARKER et al., 1995).

A OMS considera o Letramento Funcional de Saúde um dos determinantes sociais da saúde, pois contribui para a melhoria da habilidade do indivíduo para a compreensão, avaliação, comunicação e o acesso às informações de saúde podendo melhorar sua saúde, de sua família e da comunidade em que vive (SANTOS et al., 2015).

O termo Letramento Funcional (LF) foi criado com intuito de ampliação do conceito de Letramento que consiste além de ler e escrever acrescentando os comportamentos letrados do cotidiano, onde no contexto escolar não é promovido (SOARES, 2014).

O LFS é um conjunto de competências individuais que podem ser agrupadas em quatro domínios: o conhecimento cultural e conceitual, a capacidade de ouvir e falar, a capacidade de escrever e ler e a numeracia. Através destas competências das capacidades individuais, o letramento em saúde poderá ser desenvolvido com base numa intervenção ao nível educacional baseada em um contexto específico e à influência das interações entre o indivíduo e o meio que o rodeia (NUTBEAM, 2007 apud FERNANDES, 2012).

Para Nutbeam (2000) o LFS no contexto da promoção da saúde inclui as competências cognitivas e sociais dos indivíduos que proporcionam condições de terem acesso, compreensão das informações para a utilização das mesmas com intuito de promover e manter uma boa saúde.

Segundo Nutbeam (2000) há 03 tipos de níveis de Letramento que são: Letramento Funcional ou básico, em que o indivíduo tem competência para ler e escrever e resolver as atividades do cotidiano; Letramento interativo ou comunicacional onde o indivíduo possui aptidões cognitivas mais avançadas em parceria com as aptidões sociais com a extração de informações e significados por meio de diversas formas de comunicação e a aplicação dessa nova informação em contextos diferentes; Letramento crítico o indivíduo possui competências cognitivas e aptidões sociais que podem ser aplicadas às informações adquiridas de forma crítica exercendo o controle e decisão comportamental sobre os acontecimentos e situações da vida (NUTBEAM, 2000; SANTOS, 2010).

O Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (IBOPE) criou em 2000, juntamente com o Instituto Paulo Montenegro, o Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional (INAF). Esse indicador objetivou medir a competência do indivíduo para fazer uso da leitura, da escrita e da matemática em uma população composta de dois mil indivíduos com 15 a 64 anos. O INAF classifica o alfabetismo em três níveis: analfabeto elementar,

intermediário e proficiente. Por analfabeto elementar entende-se aqueles indivíduos que já leem e compreendem os textos de média extensão, sabem localizar informações, fazem inferências e resolvem problemas simples de matemática envolvendo milhares, operações, tabelas e gráficos simples, mostram limitações quanto ao maior número de elementos, etapas ou relações. O analfabetismo intermediário corresponde aos indivíduos que interpretam e elaboram sínteses de textos, reconhecendo figuras de linguagem, porém tem dificuldade em perceber e opinar sobre a opinião do autor do texto. Por fim, o nível proficiente representa indivíduos cujas habilidades não mais impõem restrições para compreender e interpretar textos em situações cotidianas como: leem textos longos relacionando suas partes, comparam e interpretam as informações realizando inferências e sínteses, distinguindo fatos de opiniões. Quanto a matemática, resolvem problemas com nível maior de dificuldade e interpretam tabelas e gráficos com mais de duas variáveis (INAF, 2016).

A percepção que a letramento é a parte essencial da busca da liberdade não importando o lugar é de importância vital, pois estão relacionados aos níveis de educação (EFFING, WILLIAMS, FRITH, 2013).

O nível de LFS de um indivíduo é afetado por condições da sua vida que podem ser denominadas determinantes. Estes determinantes de saúde que estão relacionados com o Letramento são, entre outros:

- Educação;
- Capacidades individuais;
- Desenvolvimento na primeira infância;
- Envelhecimento;
- Condições de vida e de trabalho;
- Diferenças de gênero;
- Cultura e linguagem (LUIS, 2010).

O LFS inclui a capacidade que os indivíduos têm de comunicação com os profissionais de saúde, de leitura das informações médicas da tomada de decisões acerca do tratamento, de seguir regimes médicos e decidir quando e como procurar ajuda médica. Nesse contexto, o letramento em saúde é considerado ‘construção de nível individual’, ou seja, que começa e termina com o indivíduo. Estudos demonstraram que o baixo letramento em saúde afeta pessoas de todas as idades, raças e nível econômico. Nos

Estados Unidos um relatório mostrou que os adultos norte-americanos têm baixo letramento em saúde (MONTEIRO, 2009).

O LFS é um fenômeno contextualizado. O relatório desenvolvido pelo Instituto de Medicina Americano sobre o letramento em saúde não considera o Letramento inadequado como um problema do indivíduo doente, mas como desafio da assistência à saúde e dos profissionais de saúde pública (SANTOS et al., 2012). O LFS inadequado afeta os sistemas de saúde, os indivíduos estão propensos a exigir maior compromisso, a taxa de hospitalização aumenta, assim como a não adesão ao tratamento medicamentoso e os custos com medicações; ocorre diminuição da utilização de medidas preventivas, implicando custos para o sistema (CARTHERY-GOULART, 2008; WEISS et al., 2005; SANTOS, 2010).

Indivíduos com níveis educacionais baixos estão mais suscetíveis a ter uma saúde deficiente. Para minimizar essa situação a educação em saúde; e para promover a equidade é necessário o acesso à informação, sendo um componente essencial das políticas de saúde. Assim, aumentando o nível de letramento em saúde da população aumenta o incentivo a capacidade de realização de escolha e estilo de vida saudável. Ao contrário, o nível baixo de letramento poderá afetar negativamente a saúde dos indivíduos, pois limita o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural (CUNHA et al., 2014; GUBERT et al., 2014).

Estudos realizados nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá mostraram que de 20% a 50% da população tem baixo nível de letramento em saúde que pode comprometer o estado de saúde individual e coletivo (WHCA, 2010).

Alguns estudos no Brasil mostram o interesse da temática na área da saúde, como o estudo de Carthery-Goulart et al. (2008) que foi realizado em São Paulo em dois hospitais públicos com indivíduos voluntários e saudáveis, que apontou que 32,4% tinham nível inadequado de letramento em saúde; a revisão sistemática realizada por Volpato, Martins e Mialhe (2009) que analisaram a compreensão de pacientes com as bulas de medicamentos constataram que os participantes apresentaram letramento baixo e não compreenderam as instruções da dosagem; a de Maragno (2009) que buscou a associação entre letramento em saúde e a adesão a terapia medicamentosa mostrou que 87% dos participantes possuíam letramento em saúde adequado, 10,5% limitado e 2,6% inadequado, sendo que os indivíduos com baixo letramento em saúde apresentavam o dobro de possibilidades de dificuldades para adesão ao tratamento; Oliveira, Porto e

Brucki (2009) mediram o letramento funcional em indivíduos com doença de Alzheimer com comprometimento cognitivo leve utilizando o instrumento S-TOFHLA para confrontar o desempenho dos pacientes no S-TOFHLA e no Mini Exame de estado mental, demonstrado forte correlação a escolaridade e os testes neuropsicológicos, sendo o teste um bom preditor do nível de alfabetismo em saúde. Ainda o subteste vocabulário não apresentou diferença no processo da doença em estágios iniciais mostrou que a memória semântica e inteligência cristalizadas são preservadas.

Por muito tempo, alguns pesquisadores têm observado a educação como um determinante da saúde, tendo impacto sobre a mortalidade e morbidade, pois as habilidades da leitura, escrita e número são essenciais para que os indivíduos participem no planejamento e implementação do tratamento e cuidado com a saúde. Dessa forma, os indivíduos deverão ser capazes de compreender as informações, seguir as orientações, descrever as condições e resolver os problemas no decorrer do tratamento (MARAGNO, 2009; PARKER et al., 1995).

O profissional de saúde necessita conhecer o nível de letramento da população que busca atendimento para promover o empoderamento dos mesmos através dos materiais educativos em saúde (PASSAMAI, 2012). Estudos apontam que o profissional de saúde desconhece o nível de letramento de seus pacientes, o que os faz utilizar linguagem especializada favorecendo a ocorrência de conclusões clínicas negativas (SANTOS et al., 2012).

O LFS é mais do que “ser capaz de ler materiais educativos (cartilhas ou panfletos) ou marcar consultas. Com a melhoria do acesso da população a informações de saúde, conseqüentemente aumenta a capacidade do indivíduo para fazer uso com eficiência das várias possibilidades dos avanços de saúde; a esse fato podemos denominar empoderamento, que inclui a competência e a motivação para uso das informações de saúde e serviços com o intuito de melhorar a saúde pessoal” (FERNANDES, 2012, p.10).

Não é apenas a comunicação por meio de materiais escritos que o LFS se refere, envolve também o acesso ao sistema de saúde e aos serviços de prevenção, a compreensão sobre o diagnóstico e tratamento proposto e o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões a partir de informações adquiridas sobre saúde para melhorar o seu estado geral de saúde (SANTOS et al., 2012).

O LS baixo pode levar a equívoco nas instruções de saúde ocasionando a não adesão ao tratamento ou baixa qualidade de vida (EFFING, WILLIAMS, FRITH, 2013).

Com a melhora da qualidade da educação em saúde, a tendência é a melhora do cuidado de saúde e o letramento baixo ser reduzido (WOLF et al., 2009).

A educação em saúde deve ser considerada um instrumento essencial para a promoção da saúde e o mecanismo para o desenvolvimento da promoção do letramento em saúde, pois possibilita o aumento da capacidade dos indivíduos para o acesso e o uso das informações em saúde, com o intuito de tomada de decisão e a melhora na manutenção de uma boa saúde (PASSAMAI, 2012).

Existe uma distinção entre letramento funcional em saúde e a educação em saúde, sendo a última um processo que permite que o indivíduo obtenha informações através do ensino e aprendizagem para controlar sua saúde através de ações de saúde, enquanto o letramento em saúde é o processo de aprendizagem que o indivíduo possui e obtém ao longo da vida que influencia na mudança do estilo de vida (LOUREIRO et al., 2012).

Foi proposto um modelo conceitual integrado por Mancuso (2008) que engloba as principais dimensões dos modelos já existentes; tem como princípio a relação indivíduo-sociedade, onde este indivíduo desenvolve competências, habilidades e adquire conhecimentos e possui atitudes frente a situações no cotidiano para tomada de decisões para prevenção ou manutenção da saúde. Na figura 1, podemos observar que o letramento em saúde (capacidade, compreensão e comunicação) estão ligados entre si e são precedidos pelas aptidões, estratégias e capacidades para atingir o letramento em saúde (LOUREIRO et al., 2012; SANTOS et al., 2015).

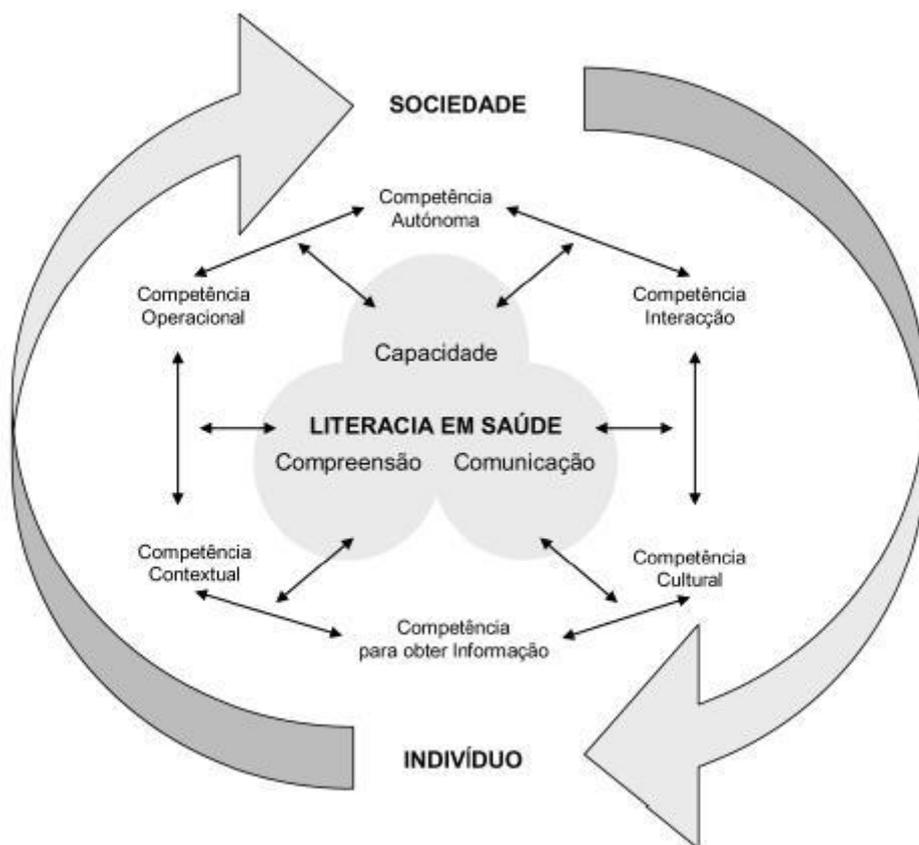


FIGURA1- Modelo conceitual do Letramento em Saúde de Mancuso (2008).

Fonte: Mancuso (2008, p.251)

Mancuso (2008) afirma que o indivíduo precisa ter algumas habilidades que são antecedentes necessário para o letramento em saúde como a competência operacional, interativa, autônoma, informativa, contextual e cultural. O LS influencia o comportamento da saúde e o uso dos serviços e saúde como consequências os desfechos de saúde e os custos de saúde na sociedade.

Existem outros modelos teóricos sobre o LFS que discutem, onde este não se dá de forma estática, pois está em constante movimento evoluindo com o tempo e que os indivíduos letrados são capazes de influenciar outros indivíduos e também a sociedade (SANTOS et al., 2015).

O modelo conceitual mais recente foi proposto por Sorensen et al. (2012) que engloba as principais dimensões de todos os modelos existentes até o momento. Tal conceito expandiu-se para incluir busca de informação, tomada de decisão, resolução de problemas, pensamento crítico e comunicação, associado com diversas habilidades sociais, pessoais e cognitivas que são cruciais para funcionar no sistema de saúde e mostra

os fatores que causam impacto no LFS, assim como as vias que ligam o fenômeno aos resultados na saúde. O referido processo requer quatro tipos de competências: I- Acesso, que é a habilidade para procurar, encontrar e obter as informações de saúde; II- Compreensão, que é a habilidade para compreender as informações que são acessadas; III- Avaliação, que descreve a habilidade para interpretar, filtrar, julgar e avaliar as informações acessadas; IV- Aplicação, refere à habilidade para comunicar e usar as informações na tomada de decisão na manutenção e melhora da saúde (PASSAMAI, 2012).

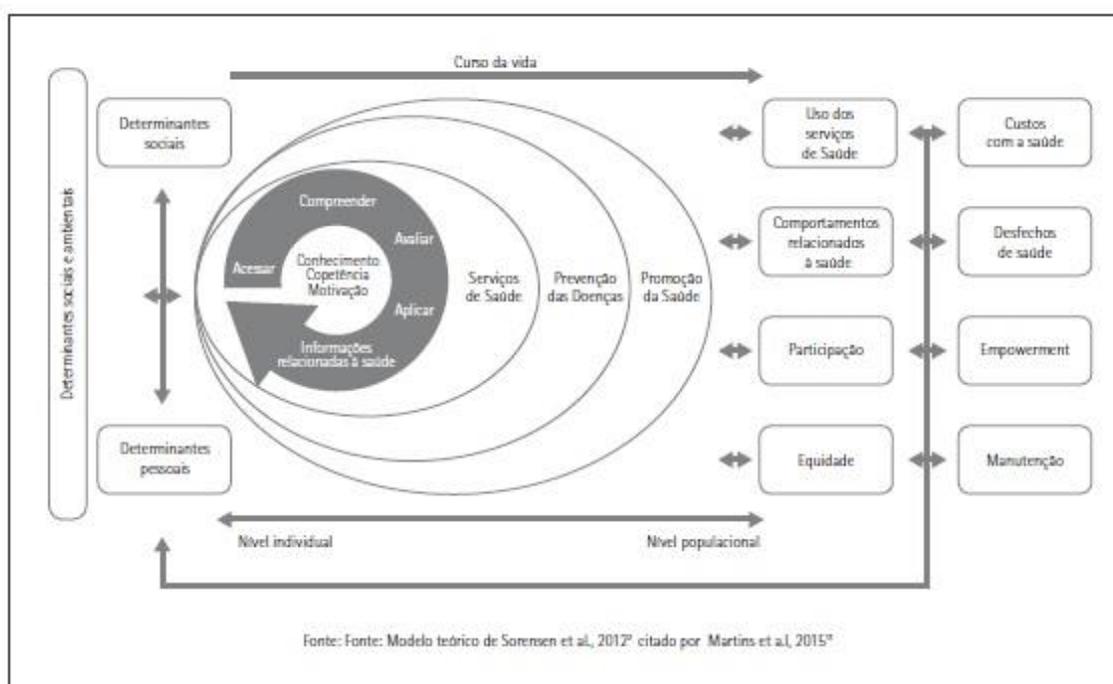


FIGURA 1
Modelo teórico da alfabetização em saúde apresentado por Sorensen et al. 2012² e traduzido para o português do Brasil por Martins et al. 2015⁸

FIGURA 2- Modelo conceitual do letramento em saúde de Sorensen et al. (2012)
Fonte: Martins et al (2015) (Tradução para o português)

Estas dimensões foram aplicadas em três domínios de saúde: o domínio de cuidados de saúde, onde o indivíduo tem a capacidade de acesso a informações de saúde para entender, interpretar e avaliar essas informações médicas e tomar decisões frente a elas e atender ao aconselhamento dos profissionais de saúde; o domínio da prevenção da doença, a pessoa possui a capacidade de acessar informações sobre os fatores de risco para a saúde e tomar decisões para evita-los e o domínio da promoção da saúde, tendo o indivíduo a capacidade de buscar informações regularmente sobre os determinantes

sociais da saúde no ambiente social e físico e formar significantes para a tomada de decisão adequada (SORENSEN et al., 2012).

Os estudos de D'Alencar et al. (2010) e de A-Khaldi et al. (2005) mostram que o enfermeiro possui informação privilegiada para planejar intervenções de educação em saúde para capacitação, empoderamento na adoção de comportamento de estilo de vida saudável, sendo os enfermeiros educadores e portadores de melhor letramento em saúde, pois frequentemente possuem contato maior com o indivíduo e sua família (CUNHA et al., 2014).

Para uma sociedade letrada em saúde é necessário que o público, os profissionais de saúde, os políticos e formuladores de políticas públicas sejam todos letrados em saúde (PASSAMAI, 2012). Vários estudos mostraram que níveis baixos de Letramento em Saúde podem comprometer o funcionamento dos sistemas de saúde por afetarem a dinâmica da comunicação dos usuários com os profissionais de saúde (PASSAMAI et al., 2012).

Neste contexto, há grupos populacionais com maior risco de Letramento em saúde inadequado dentre eles estão os idosos, não somente pelo fato de educação na geração de tais, mas também pela predisposição de adquirirem doenças crônicas, de usarem mais os serviços de saúde e, portanto, por estarem mais propensos a exigir regimes terapêuticos complexos (APOLINARIO et al., 2012).

O Letramento Funcional em Saúde não garante mudanças no comportamento de saúde de todos os indivíduos, pois depende de alguns fatores para esta tal modificação de comportamento, como: o ambiente, o nível de motivação e a cultura; mas, para a minimização desses fatores há ações como a boa comunicação entre os indivíduos e os profissionais de saúde (BARRET et al., 2006).

Para a avaliação do LFS são utilizados instrumentos como *Adult Literacy in Medicine- REALM* de DAVIS et al., 1993 que visa o reconhecimento e pronúncia de 66 palavras no campo médico; o *Test of Functional Health Literacy in Adults- TOFHLA* de PARKER et al., 1995 que avalia a habilidade numérica e a compreensão da leitura e o *Newest Vital Sign-NVS* de WEISS et al., 2005 que mede a capacidade numérica através de um rótulo nutricional de sorvete.

Para Apolinário et al. (2012) o desenvolvimento e aplicação de instrumentos de letramento em saúde são importantes, pois auxiliam e ajudam os profissionais de saúde a

identificarem indivíduos que precisem de maior atenção e cuidado, ajudando na elaboração de intervenções específicas e individualizadas.

3.2 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE.

Nos Estados Unidos foram criados, validados alguns instrumentos para a avaliação do Letramento em Saúde.

Os instrumentos utilizados para a avaliação do letramento fornecem informações importantes para nortear as políticas públicas de saúde e educação, pois possibilitam retratar o nível de Letramento em Saúde da população.

Os instrumentos que avaliam o letramento em saúde podem ser divididos em duas categorias: os testes de reconhecimento de palavras e os testes de compreensão. Os testes de reconhecimento de palavras medem a habilidade de reconhecer, ler e pronunciar palavras individualmente, são testes rápidos e fáceis de serem administrados, porém não medem a compreensão ou interpretação de leitura e não oferecem uma medida do alfabetismo funcional. Os testes de compreensão avaliam a habilidade de compreensão das informações (MARAGNO, 2009).

A utilização de um teste para avaliação do letramento permite a confirmação ou a classificação do nível de LFS do indivíduo, determina a melhor intervenção e evita o constrangimento do paciente em considerar a sua limitação em relação a compreensão de leitura e habilidade numérica (SANTOS et al., 2012).

3.2.1 National Assessments of Adult Literacy (NAAL)

As emendas de educação de 1988 exigiram que o departamento de educação dos Estados Unidos enviasse um relatório sobre a medida de alfabetização entre os adultos da nação. Para atender ao pedido o National Center for Education Statistic (NCES) e a Divisão de Educação de adultos e alfabetização planejaram e desenvolveram uma pesquisa doméstica para avaliar as habilidades de letramento da população de adultos nos Estados Unidos, revelou as consequências de um letramento limitado em saúde.

É a medida mais abrangente da nação de alfabetização de adultos desde Pesquisa Nacional de Alfabetização de Adultos (NALS) em 1992. Inclui vários componentes que capturam a amplitude do letramento de adultos nos Estados Unidos.

É a primeira avaliação nacional em larga escala com intuito de avaliar a capacidade de usar habilidades de alfabetização para ler e entender informações relacionadas à saúde escritas no cotidiano.

Cada participante do estudo foi convidado a fornecer informações demográficas de base e a completar um livreto de tarefas de alfabetização; essas tarefas foram construídas cuidadosamente para medir a capacidade dos entrevistados de ler e usar uma grande variedade de materiais impressos e escritos.

Foram expostas características chave do letramento em saúde em relatórios sobre as habilidades de alfabetização em saúde de públicos- alvos são estes:

- Expõe a relação entre o letramento em saúde e as variáveis como escolaridade, idade, raça/ etnia;
- Examinar como o letramento em saúde está relacionado à prosa, aos documentos e o letramento quantitativa;
- Fornece informações que podem ser úteis para o desenvolvimento de políticas e programas eficazes e personalizados que abordam deficiências nas habilidades do letramento em saúde.
- Orienta o desenvolvimento de informações de saúde adaptadas aos pontos fortes e fracos dos públicos-alvo (IES, 2004).

3.2.2 Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

O REALM foi o primeiro teste desenvolvido por Davis e colaboradores na década de 1990 com o objetivo de avaliar o letramento em saúde, sendo um dos instrumentos mais utilizados para medir o letramento em saúde. Consiste em um teste de reconhecimento e pronúncia de palavra do âmbito médico-hospitalar, começando por palavras simples monossilábicas e terminando com palavras mais complexas (FERNANDES, 2012); está disponível apenas na língua inglesa. É composto por uma lista de 66 palavras, dentre elas estão termos médicos comuns, partes do corpo ou doença, organizadas conforme o número de sílabas e nível de dificuldade de pronúncia. O nível de letramento do indivíduo é classificado conforme o número de palavras que ele é capaz

de pronunciar corretamente. As palavras são listadas em três colunas de acordo com o número de sílabas e dificuldade de pronúncia. Cada palavra lida e pronunciada corretamente corresponde a um ponto aos escores do participante. Os indivíduos devem ler as palavras em voz alta e o grau de habilidade de leitura das pessoas é classificado de acordo com o número de palavras que ela foi capaz de ler e pronunciar corretamente (SANTOS et al., 2012, SANTOS, 2010, MARAGNO, 2009). A classificação dos acertos é feita em três níveis: - Inadequada (0-40), Limitado (45-60), Adequado (61-66).

A principal vantagem do REALM é a sua realização em menos de 03 minutos (SANTOS et al., 2012, SANTOS, 2010). A desvantagem deste instrumento é que avalia apenas a proficiência na pronúncia, desprezando a compreensão de textos e a habilidade em lidar com números (SANTOS et al., 2012, SANTOS, 2010).

3.2.3 Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

Este instrumento foi desenvolvido por Parker e colaboradores em 1995 é destinado a avaliar condição em ambientes de cuidados de saúde medindo o nível de compreensão dos indivíduos sobre informações de saúde através da leitura e interpretação. Foi desenvolvido com base em amostras de textos utilizados em hospitais como materiais educacionais para pacientes, instruções para exames e prescrições. Tem uma abordagem diferente, avaliando o letramento através do método cloze modificado de leitura e compreensão. Está disponível em inglês e espanhol, impresso com letras em dois tamanhos diferentes, fonte 12 e fonte 14. No original o instrumento leva em média 22 minutos para sua aplicação; na versão curta (S-TOFHLA) em média 12 minutos e está disponível em inglês e espanhol, mas somente impresso em fonte 14. Compõe 36 itens com a mesma classificação da versão completa com diferença apenas nos pontos de corte (WEISS et al., 2005; SANTOS, 2010).

Está dividido em duas partes: compreensão de leitura e numeramento. Na parte de compreensão de leitura possui 50 itens e utiliza o método de cloze modificado, onde cada quinta palavra do texto é omitida. O indivíduo seleciona entre as quatro possibilidades ofertadas a que lhe parece apropriada para o texto. O tempo determinado para este subteste é de 12 minutos. Na parte de numeramento possui 17 itens com formulários hospitalares e prescrições medicamentosas. São testados a capacidade do indivíduo de compreensão das instruções para ingerir os medicamentos, monitorar os níveis de glicose,

comparecer nas consultas agendadas e a obtenção da assistência financeira. São apresentados cartões com as informações acima e são perguntados aos indivíduos para serem respondidas oralmente. O tempo máximo estabelecido para a aplicação deste subteste é de 10 minutos (MARAGNO, 2009).

Em 2009 Carthery-Goulart et al., traduziu para o Brasil como B-TOFHLA- Brief Test of Functional Health Literacy in Adults ou Teste Breve de Letramento Funcional em saúde, foi denominada versão breve. Essa versão é composta por 36 itens do S-TOFHLA de compreensão e tem o acréscimo de quatro itens de medidas da capacidade de numeramento, sendo impresso em fonte 14, sendo administrada em 12 minutos (5 minutos para os itens de numeramento e 7 minutos para os de compreensão de leitura) (MARAGNO, 2009).

Conforme a pontuação, o indivíduo é classificado em três níveis de letramento: - Inadequado (0-53), Limitado (54-66), Adequado (67-100) (MARAGNO, 2009, WEISS et al., 2005, SANTOS, 2010).

3.2.4 Newest Vital Sign (NVS)

Trata-se de um instrumento que foi criado a partir de vários cenários de saúde através da medição de letramento é para ser aplicado no contexto de cuidados primários, é de aplicação rápida, tendo 06 itens e que implica a interpretação de informação escrita e numérica. Existe na versão inglesa e espanhola, sendo que a última foi desenvolvida pela tradução e volta-tradução da versão inglesa (WEISS et al., 2005; SANTOS, 2010).

Foi desenvolvido por Weiss e colaboradores em 2005 da Universidade de Arizon (College of Nursing) e Daren, DWat e Michael da Pignone da Universidade da Carolina do Norte (LUIS, 2010).

Recorre a um rotulo nutricional de um gelato e um conjunto de seis questões que permitem avaliar o letramento e numeracia do indivíduo (LUIS, 2010). As propriedades psicométricas da versão espanhola do NVS não ficaram tão boa quanto a versão inglesa, uma justificativa para tal questão pode-se dizer a heterogeneidade da língua e da cultura (WEISS et al., 2005).

Para esta versão final curta do NVS, alguns indivíduos foram entrevistados receberam informações referentes à saúde, foram lidas para que pudessem responder a algumas questões apresentadas com cenários e utilizar as informações recebidas. Foram

montados cinco cenários para que os entrevistados respondessem as questões propostas como 1- instruções para uma prescrição de medicação para dor de cabeça; 2- um termo de consentimento para uma angiografia coronariana; 3- instruções de autoatendimento para insuficiência cardíaca; 4- o conteúdo nutricional a partir do rotulo da embalagem de um sorvete; 5- instruções para medicação para asma, que incluía uma diminuição gradual da dose de esteroides. Esse instrumento é composto por 21 questões, com 03 a 06 questões por cenário a pontuação referente a certo/errado conforme o gabarito do teste (PASSAMAI, 2012).

3.2.5 Wide Range Achievement Test (WRAT)

É um teste que foi publicado pela primeira vez em 1946, revisado por Sarah Jastak e Gary S. Wilkison em 1984, atualmente é identificado por Wrat-R. É estruturado com três subteste que medem competências básicas de leitura (reconhecimento e nomeação de letras e palavras), ortografia (escrita de símbolos, nomes e palavras) e aritmética (solução de problemas), medindo somente o reconhecimento de palavras (FERNANDES, 2012).

O entrevistado necessita ler em voz alta uma lista de 74 palavras que vão se tornando progressivamente mais difíceis. Quando dez palavras são, consecutivamente, pronunciadas incorretamente o texto é parado, um escore bruto é registrado (de 01 a 89 pontos), sendo convertido em um determinado grau de escolaridade (FERNANDES, 2012).

O teste é recomendado para ser utilizado quando há necessidade de se comparar o perfil de aprendizagem entre duas ou mais pessoas, para verificar dificuldade de aprendizagem, para a estruturação de programas de recuperação na área da educação (FERNANDES, 2012).

A desvantagem deste teste é o fato de não medir a compreensão efetiva das palavras pronunciadas, não apenas a competências de leitura (FERNANDES, 2012).

3.2.6 Short Assesment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18)

Este instrumento foi elaborado, validado por Apolinário et al. em 2012. O instrumento foi então denominado Avaliação Curta de Alfabetização em Saúde para

Adultos de Língua Portuguesa (SAHLPA). É uma ferramenta de avaliação de letramento em saúde contendo 50 itens projetados para avaliar a habilidade de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns. O teste pode ser utilizado por profissionais de saúde ou pesquisadores para estimar o nível de letramento 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. Os aplicadores devem ler em voz alta 50 termos médicos e escolher, a partir de uma lista de duas opções, a palavra que está mais próxima em cada termo médico (APOLINÁRIO et al., 2012). A resposta é considerada correta somente quando o entrevistado pronunciou corretamente o termo médico e faz a associação correta. Um ponto será marcado para cada item correto com uma pontuação máxima de 50.

3.2.7 Instrumento Health Literacy (“Alfabetização em saúde”)

Este instrumento foi desenvolvido através de um projeto financiado que propôs desenvolver medidas de alfabetização em saúde para diferentes grupos populacionais. Foi elaborado por Brenda Kwan e colaboradores no Canadá em 2006, que avaliou a alfabetização em saúde no contexto canadense, enquanto a maioria da literatura publicada está no contexto dos EUA. Os objetivos do projeto eram: Desenvolver uma medida rigorosa, sistemática e válida de letramento em saúde apropriada ao contexto canadense; testar a aplicação desta medida com três grupos populacionais específicos (idosos, imigrantes e pessoas com baixos rendimentos); continuar a desenvolver um quadro conceptual para uma melhor compreensão do letramento em saúde e seu papel na sociedade canadense e desenvolver a base para um modelo descritivo e preditivo do papel do letramento em saúde em relação ao uso de serviços de saúde, determinantes da saúde e qualidade de vida. O estudo contribuiu para a articulação do letramento em saúde como constructo. A validade de conteúdo foi estabelecida com base em uma revisão de literatura e feedback de especialistas internos e externos

Foi criado um questionário sobre envelhecimento saudável. Na primeira seção estão os dados sociodemográficos, na segunda seção estão perguntas abertas e fechadas sobre a auto percepção de saúde em geral; crenças sobre saúde e informações sobre saúde; percepções dos entrevistados em relação às suas experiências de informação de saúde; diferentes tipos de informações de saúde que as pessoas procuram; avaliar o quão fácil

foi para encontrar as informações que eles queriam; avaliar de informações conflitantes das fontes citadas; conhecimento do compartilhamento das informações recebidas; o impacto das informações de saúde sobre a vida do indivíduo e alfabetização em saúde com desempenho de tarefa.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Com intuito de conhecer o estado de letramento funcional em saúde dos idosos sobre acidentes por queda e sua prevenção foi realizada uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa.

A opção pela pesquisa descritiva se deve pela descrição de características de determinada população ou fenômeno, e possibilitar a exploração de relações entre variáveis alcançadas por emprego de técnicas padronizadas de coleta de dados (FIGUEIREDO, 2007), como o questionário de alfabetização em saúde que foi adotado neste estudo (PASKULIN et al., 2011). A pesquisa exploratória investiga a natureza do fenômeno, o modo como se manifesta e como outros fatores se relacionam. (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Contextualização do local da pesquisa

Para responder à questão de pesquisa e consecução dos objetivos propostos optou-se por ouvir idosos residentes na cidade de Belém - PA, que frequentam praças públicas existentes em seus bairros. Aventou-se como local de pesquisa praças públicas por entender que os idosos que vivem na comunidade poderiam lá serem encontrados facilmente e serem convidados para participar do presente estudo.

Belém é uma cidade metropolitana, popularmente conhecida como ‘Cidade das Mangueiras’, devido à abundância dessas árvores em suas ruas. É a capital do estado do Pará. Foi fundada pelos portugueses em de 12 de janeiro de 1616, é uma cidade histórica e portuária, possui um clima equatorial.

A ambientação no campo de pesquisa ocorreu antes do início do estudo propriamente dito. A pesquisadora visitou praças de diversos bairros do município para observar o trânsito de idosos naquelas praças durante o dia e as atividades que lá realizavam. Nessa imersão, a pesquisadora conheceu o contexto de diversas praças e selecionou três delas, considerando a diferença de classe social; sendo uma de classe média (Praça Batista Campos, situada no bairro de mesmo nome) e outras duas de classe baixa (praças Bruno de Menezes e do Operário situadas no bairro de São Braz).

Para efeito de tabulação e análise dos dados, a praça Batista Campos foi designada como "PRAÇA A", com 40 idosos, e as praças Bruno de Menezes e do Operário, como "PRAÇA B", também com 40 idosos.

O bairro Batista Campos, onde está situada a praça de mesmo nome conta com uma população aproximada 19.130 habitantes, é um dos bairros mais estruturados e organizados de Belém com uma vasta rede de serviços. O de São Braz, onde estão situadas as praças Bruno de Menezes e do Operário, possui aproximadamente 19.936 habitantes, é considerado o bairro central de Belém, com farta redes de serviços para a população, sendo essencial para o tráfego da cidade.

No início do século XIX, durante a época da *Belle Époque*, a Praça Batista Campos era propriedade particular conhecida como “Largo da Salvaterra”. Após a morte de sua proprietária, Manoela Maria de Figueira e Salvaterra, o espaço foi transformado em praça pública. Em suas principais características, incluem-se o ajardinamento, com grandes plantas ornamentais, córregos, pontes, bancos, caramanchões, chafarizes e coretos de ferro. A Praça foi inaugurada em 14 de fevereiro de 1904, no governo do Intendente Antônio Lemos: o nome foi em homenagem a um dos principais personagens da Cabanagem: Cônego Batista Campos, morto em 1834 (SILVA; ORFILA, 2014). Atualmente, é considerada como um dos espaços mais bonitos da capital paraense possuindo quase três mil metros quadrados de área construída. É um espaço de cultura onde, não só os moradores locais frequentam, mas outros visitantes podem praticar atividades físicas, lazer ou apenas buscar por paz e sossego (PIETRY, 2010).

As dinâmicas das praças são diferentes entre si, as fronteiras delimitam o que as compõem. Essas fronteiras são determinadas pela forma como o espaço é ocupado interferindo diretamente em sua dinâmica: na primeira, a Batista Campos, há uma população flutuante, deixando a mesma de ser território de uso e pertencente do bairro, já que não são apenas os moradores da redondeza que a frequentam; tornou-se um espaço de encontro e de lazer durante o dia e a noite com pessoas envolvidas com suas diversas atividades, como caminhada, ginástica, andar com cachorro, namorar, brincadeiras, andar de bicicleta, ler um livro, cuidar dos netos, entre outras.

A Praça Bruno de Menezes é uma praça da comunidade com trânsito mais restrito e frequentada pela população da redondeza. Foi inaugurada pelo Governador Jader Barbalho em 03 de setembro de 1985, e foi construída em homenagem ao poeta paraense Bruno de Menezes. A Praça do Operário, situada em frente à Estação Rodoviária de

Belém, é um ponto de trânsito dos indivíduos que chegam à capital. A praça possui jardinagem simplória com bancos ao redor, rodeada por comércio, ponto de taxi e ponto de ônibus, tendo também diversos estabelecimentos financeiros nas imediações.

4.3 População alvo e amostra

A seleção da amostra foi por conveniência, ou seja, todos os idosos que transitavam na praça durante o período de junho a agosto de 2017 (período definido para a presente pesquisa), que aceitavam o convite para participar da pesquisa e atendiam os critérios de elegibilidade definidos.

Os dados foram coletados durante um período do dia, de segunda a quinta-feira, nas três praças, pela pesquisadora e por duas assistentes de pesquisa, devidamente treinadas para a aplicação do instrumento, de modo que o número de participantes totalizou 80 idosos, sendo 40 na Praça A e 40 na Praças B. A população alvo foi representada por pessoas idosas, de 60 anos ou mais que transitavam e frequentavam durante o dia, as praças selecionadas.

O município de Belém apresenta uma população residente estimada no ano de 2017 de 1.452.275 pessoas, sendo 129.929 idosos (IBGE, 2016).

Os participantes foram abordados durante sua passagem nas praças. Após apresentação, a pesquisadora fornecia explicações sobre a pesquisa e solicitava participação no estudo. Quando os idosos manifestavam interesse em participar do estudo, era-lhes solicitado responder ao MEEM - Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) (ANEXO B), a fim de atender os critérios de elegibilidade à amostra, ou seja, atingir o escore necessário que não indicasse a presença de déficit cognitivo que comprometesse a qualidade de respostas a aplicação assistida. Adotamos como ponte de corte a proposta por Lourenço e Veras (2006), para a realidade brasileira, sendo a pontuação total: 30 pontos. 19 pontos para analfabetos, escores abaixo desse valor são indicativos de déficit cognitivo; 24-25 pontos para escolarizados, escores abaixo desse valor são indicativos de declínio cognitivo.

A aplicação assistida foi realizada em dois momentos: no primeiro momento os participantes assinaram o TCLE, o qual explicava a pesquisa, os seus objetivos e justificativa, autorizando sua participação. Foram garantidos os direitos de confidencialidade de suas identidades e voluntariado. Para manter o anonimato dos

participantes foram utilizadas siglas na apresentação das falas, a seguir foi orientado a respeito do funcionamento dos instrumentos avaliativos utilizados e os seus objetivos para o estudo. No segundo momento foram aplicadas as questões abertas e fechadas do questionário proposto no estudo.

4.4 Instrumento e procedimentos de coleta de dados

Adotou-se o instrumento adaptado de avaliação de “alfabetização em saúde”, de autoria de Brenda Kwan e colaboradores (2006), cujo instrumento original foi publicado em 2006 na Universidade de Vitoria em Vancouver/ Canada. Consta de treze perguntas relacionadas com alfabetização em saúde. Sua tradução, adaptação e validação foi realizada para a língua portuguesa do Brasil por Lisiane Manganelli G. Paskulin e colaboradores (2011).

Tal instrumento (ANEXO C), nesse estudo, foi usado direcionando o interesse em questão de saúde especificamente sobre quedas nos idosos e sua prevenção. O instrumento (“Alfabetização em saúde”) consta de treze questões mistas entre abertas, fechadas e semiestruturadas distribuídas, nas questões fechadas avaliam a satisfação e o entendimento das informações sobre quedas em idosos, utilizando escala tipo Likert e reforçando as opiniões nas questões abertas. Na primeira seção do instrumento (“Alfabetização em saúde”) foram levantados dados de identificação sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, renda, etnia, procedência, moradia) e de participação em grupos de saúde, para a caracterização da amostra.

A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação assistida do referido instrumento. Os dados de questões fechados foram anotados diretamente no instrumento. As respostas de perguntas abertas foram gravadas em áudio com anuências dos respondentes.

As transcrições de dados foram feitas pela própria pesquisadora imediatamente após a coleta. As gravações em áudio foram salvas no computador e transcritas em documento do programa de computador *Word* 2010, o qual está sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora principal e que manterá por cinco anos quando então será destruído os referidos dados.

4.5 Procedimentos de Análise dos dados

Os dados relativos a identificação dos idosos participantes e a frequência de respostas as questões de letramento, foram organizados no programa *Excel*, versão 2010 e tratados por estatística descritiva e apresentados em tabelas.

Os dados qualitativos foram organizados segundo seus conteúdos identificando-os nas diferentes dimensões do letramento funcional de saúde, considerando a natureza das respostas e sua frequência. Nessa análise considerou-se: Explorar o conjunto coerente de dados organizados segundo as dimensões do letramento o que permitiu a interpretação dos resultados comparando-os com outros estudos semelhantes como também com os fundamentos teóricos do constructo adotado. Quanto à frequência, estes foram descritos estatisticamente em percentagem, o que permitiram informações adicional na contextualização do estado de letramento funcional em suas diferentes dimensões.

4.6 Aspectos éticos em pesquisa com seres humanos

Este projeto foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Pará. Todos os procedimentos adotados para o desenvolvimento dessa pesquisa respeitaram os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, normatizados pelo conselho nacional de saúde (CNS) pela resolução nº 466/12. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPA- Hospital Universitário João de Barros Barreto, parecer de aprovação n. 2.095.048, CAAE: 67861717.0.0000.0017 (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da amostra

Os resultados decorrentes da caracterização dos idosos frequentadores de praças públicas de Belém, encontram-se na tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de idosos frequentadores de praças públicas de Belém, junho-agosto, 2017. Belém- Pará, 2017.

Caracterização	PRAÇA “A”		PRAÇA “B”	
	n (40)	%	n (40)	%
FAIXA ETÁRIA				
60-65 anos	14	35	11	27,5
66-70 anos	17	42,5	9	22,5
71-75 anos	3	7,5	8	20
76-80 anos	4	10	8	20
>80 anos	2	5	4	10
SEXO				
Masculino	15	37,5	18	45
Feminino	25	62,5	22	55
ESCOLARIDADE (anos de estudo)				
Analfabeto	2	5	2	5
1-4 anos	4	10	17	42,5
5-9 anos	25	62,5	14	35
10-12 anos	3	7,5	2	5
≥13 anos	6	15	5	12,5
RENDA FAMILIAR*				
Sem renda	2	5	1	2,5
1 salário mínimo	10	25	14	35
2-3 sal. mínimos	12	30	17	42,5
4-5 sal. mínimos	7	17,5	6	15
6-7 sal. mínimos	3	7,5	0	0
8-10 sal. mínimos	4	10	0	0
>10 sal. mínimos		5	2	5
ESTADO CIVIL				
Casado	15	37,5	18	45
Viúvo	14	35	10	25
Divorciado	5	12,5	5	12,5
Solteiro	6	15	7	17,5
PROCEDÊNCIA				
Capital	12	30	18	45
Interior	21	52,5	16	40

Outro estado	7	17,5	5	12,5
Estrangeiro	0	0	1	2,5
COM QUEM MORA				
Companheiro	15	37,5	21	52,5
Parentes	11	27,5	11	27,5
Mora só	14	35	8	20
TIPO DE MORADIA				
Própria	32	40	29	72,5
Alugada	6	15	8	20
Cedida	2	5	3	7,5

Fonte: Protocolo de pesquisa

* Salário mínimo vigente a época do estudo- R\$ 937,00.

Observa-se na tabela 1, que na faixa etária de 66 a 70 anos (42,5%) houve maior concentração de idosos da praça "A", enquanto que, na praça "B", essa concentração (27,5%) se deu em faixa etária menor, de 60 a 65 anos. É plausível supor que melhores condições socioeconômicas propiciem uma maior longevidade.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, resultante das taxas elevadas de crescimento da população devido à diminuição das taxas de fecundidade, redução da mortalidade nas idades avançadas, ocasionando mudanças como o envelhecimento da população economicamente ativa, o envelhecimento das famílias, onde existe pelo menos um idoso e nos arranjos familiares (CAMARANO; KANSO, 2012).

Em relação ao sexo, em ambos os grupos houve preponderância do sexo feminino.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres idosas brasileiras representam 55,5% da população idosa do Brasil, o que é justificado pela maior expectativa de vida das pessoas desse sexo, uma vez que vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2011). A população idosa é de mulheres mundialmente, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (ALMEIDA et al.,2015).

Maior escolaridade foi observada nos idosos da praça "A", com 5 a 9 anos de estudo (62,5%) quando comparados aos idosos da praça "B", com 1 a 4 anos de estudo (42,5%).

No estudo de Camarano et al. (2004) foram observados importantes avanços nos níveis educacionais da população brasileira entre 1940 e 2000: aumentou a proporção de pessoas alfabetizadas, bem como o número médio de anos de estudo. A proporção de

idosos alfabetizados teve um aumento significativo, mais intensamente entre as mulheres. Entre os homens, o aumento foi de 59% e, entre as mulheres, de 146%.

O Brasil levou 18 anos para ampliar em 2,3 anos a média de anos de estudo da população. A taxa de crescimento por macrorregiões brasileiras há uma diferença, sendo que na região Norte esta taxa se elevou apenas 0,10 p.p ao ano (CASTRO, 2012).

O estudo de Souza Filho (2011) desenvolveu um estudo de condições de letramento no processo de envelhecimento com idosos mais de 65 anos em Curitiba, mostrou níveis de escolaridade diferentes dos observados no presente estudo; idosos com menos de cinco anos de estudos representavam 20,83% da amostra, enquanto nesta pesquisa o percentual observado na praça B foi de 42,5%. Entretanto, maior nível de escolaridade foi observado no estudo citado, com 22,22% de idosos com nove a quatorze anos de estudo, contra 15% na praça A e 12,5% na praça B.

Renda familiar de 2 a 3 salários mínimos foi a predominante em ambos os grupos (30% na praça "A" e 42,5% na praça "B"). O salário mínimo vigente é de R\$ 937,00.

A renda é um elemento determinante do analfabetismo. Segundo Sousa e Silver (2008) a desigualdade de renda é característica da população brasileira, e isso não difere entre os idosos. No estudo em questão, a baixa renda dos idosos pode estar relacionada à baixa escolaridade, limitando o acesso ao mercado de trabalho, em um emprego que garantisse maior renda e, conseqüentemente, melhores salários na aposentadoria.

Nos arranjos domiciliares dos idosos, a renda tem papel de grande destaque, sendo apontadas duas possibilidades na literatura: a primeira o recebimento de uma renda pode estimular os idosos a buscarem independência, optando por morarem sozinhos e a segunda possibilidade, pode, principalmente em situações de pobreza, atrair familiares interessados em compartilhar desta renda, aumentando a probabilidade da coabitação (PAULO; WAJNNMAN; OLIVEIRA, 2013). Em 2005, 2,5% dos idosos e idosas com renda inferior a um salário mínimo per capita viviam sozinhos (PAULO; WAJNNMAN; OLIVEIRA, 2013).

Com a presença de idosos na família há um nível de renda familiar per capital. A renda total de famílias com idosos é sempre superior à renda de famílias sem idosos, em relação a análise por gênero, a renda per capita média das famílias com idosas é maior do que com idosos (WAJNNMAN; MARRI; TURRA, 2008).

O estado civil casado foi o mais expressivo em ambas as praças (37,5% e 45%); entretanto, quando se soma viúvo, divorciado e solteiro, ou seja, idosos sem

companheiros, essa proporção se mostra mais expressiva, 62,5% para os idosos da praça "A" e 55% para os idosos da praça "B".

Segundo Camarano et al. (2004) a proporção de idosos casados cresceu entre ambos os sexos, principalmente entre as mulheres. Em 1940, aproximadamente 30% das idosas eram casadas, proporção esta que passou para 41% em 2000. Entre os homens, a tendência também foi de aumento entre os anos 1940 e 1991.

Conforme Camarano et al. (2004) as mulheres idosas predominam entre os idosos viúvos. Na década 1940, a proporção de idosas nessa condição era duas vezes mais elevada do que a de homens idosos e, em 2000, essa diferença passou a ser 3,4 vezes maior. Isso se deve a dois fatores: a maior longevidade da mulher e o recasamento, mais frequentemente observado entre os homens idosos. Houve um decréscimo entre 1940 e 2000 entre os viúvos, porém tem sido observado um aumento na última década, a idade tem efeito maior sobre a situação conjugal das mulheres.

A viuvez tem sido apontada, em geral, como sinônimo de solidão. Segundo Peixoto (1997), a morte do cônjuge pode ser uma tragédia ou uma liberação. Debert (1999) considera que para as idosas atuais a viuvez significa autonomia e liberdade.

As características encontradas na pesquisa se assemelham com o estudo desenvolvido por Fernandes (2012) com idosos em Portugal sobre Literacia e saúde em um estudo sobre adaptação e validação do instrumento NVS, dos 79 participantes, 52 (64,6%) eram casados, 19 (24,1%) eram viúvos, 06 (7,6%) divorciados e 03 (3,8%) solteiros. Enquanto no estudo realizado por Souza Filho (2011), a maioria (38,89%) são viúvos, seguido por 29,17% de casados, 18,06% de solteiro e 13,89% divorciados.

Até o momento não se encontraram estudos que investigassem a variável estado civil relacionado ao nível de LFS, porém há estudos que mostraram que esta variável está diretamente relacionada aos episódios de acidentes por quedas. São necessários estudos, nacionais e internacionais, que estudem o impacto desta variável no letramento funcional em saúde.

Em relação à procedência, mais da metade (52,5%) dos idosos da praça "A" eram procedentes do interior, enquanto que os idosos da praça "B", 45% eram de origem da capital.

Segundo Campos e Barbieri (2013) a migração dos idosos é explicada pelas especificidades das etapas do ciclo de vida das idades mais avançadas, como aposentadoria, busca de suporte e reunião familiar, estado de saúde, viuvez e busca por

residência em locais que apresentam clima agradável, baixo custo de vida, segurança e instituições de saúde.

A aposentadoria é um dos principais estímulos para a migração de idosos, pois ela proporciona a quebra de vínculo com o local de trabalho, liberando o indivíduo da necessidade de residir onde estava o emprego (CAMPOS; BARBIERI, 2013).

Outro fator de migração é o estado de saúde do idoso com o processo de envelhecimento, muitas vezes vem acompanhado de limitações físicas e cognitivas, o que leva a necessidade de obter suporte tanto familiar como dos serviços de saúde (CAMPOS; BARBIERI, 2013). O estado conjugal também é uma situação de migração do idoso, pois a viuvez é uma situação que acarreta mudanças da vida que faz com que ele deseje estar perto de familiares e/ou de algum outro suporte que amenize a perda do cônjuge (CAMPOS; BARBIERI, 2013).

No Brasil, embora o envelhecimento da estrutura etária da população venha ocorrendo de forma acelerada, os estudos sobre migração de idosos são praticamente inexistentes. As migrações podem trazer impactos significativos para os idosos, para os familiares e mudar os arranjos familiares existentes, caso esta migração seja para suporte no estado de saúde, irá mudar a estrutura da família podendo ocasionar conflitos internos.

É interessante observar que mais da metade (52,5%) dos idosos da praça "B" moram com o companheiro, enquanto que na praça "A" essa percentagem é menor (37,5%).

Foi apontado por Fernandes (2012) em seu estudo com idosos em Portugal que dos 79 participantes, 36 (45,6%) participantes moravam com o companheiro, 11 (13,9%) moravam sozinhos.

O elevado percentual de idosos morando sozinhos (35% da praça "A" e 20% da praça "B") é preocupante, pois a solidão pode contribuir para a deterioração da saúde.

Já para Ramos et al. (2010) há vários fatores que desencadeiam a vontade do idoso ir morar sozinho como perdas humanas, insuficiência econômica, aposentadoria e abandono ou descaso de seus familiares. Por outro lado, idosos que moram sozinhos, terão bem mais dificuldades para realizar atividades da vida diária e manterem-se ativos, se tiverem algum tipo de *déficit* visual, auditivo, problemas de equilíbrio e dificuldades de locomoção. Em situações de risco, tornar-se-ão mais vulneráveis aos acidentes e/ou problemas de saúde, passando a depender de cuidados e atenção especial de profissionais vinculados ao campo da saúde, (ALENCAR; SILVA, 2013).

É papel da equipe de saúde o incentivo ao idoso sobre as condições de viver só e mostra-se adaptado satisfatoriamente a esta situação. Também, é preciso alertá-lo das dificuldades que podem ser desencadeadas quando o processo é inverso (RAMOS et al., 2010).

Em relação ao tipo de moradia, a maioria de ambas as praças (80% da praça "A" e 72,5% da praça "B") moravam em casa própria.

O estudo de Camarano et al. (2004) mostrou que os idosos possuem casa própria, a proporção de chefes homens que moravam em casa própria cresce com a idade até os 70 anos. Entre as chefes mulheres esta cresceu até os 65 anos. Entre os anos de 1991 e 2000 houve um crescimento de idosas com casa própria em relação aos jovens. Isso pode ser explicado pelo fato de os idosos de hoje estarem num estágio do ciclo vital mais elevado, o que já lhes permitiu a acumulação de um patrimônio, tal como a casa própria, passaram a maior parte da sua vida produtiva num período mais propício da economia brasileira.

No ano de 2009, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), identificou que o estoque de domicílios próprios era de 58,6 milhões, 85, 1% dos quais localizados em áreas urbanas, sendo que 69,4% já quitados e 4,3 % ainda em processo de quitação. A proporção de domicílios alugados correspondia a 17,0% do estoque habitacional, enquanto os domicílios cedidos por terceiros ou pelo empregador alcançavam 8,8% do total de domicílios (MORAIS, CARVALHO, REGO, 2012).

Ao analisar o perfil socioeconômico desses idosos pode-se perceber a importância desses dados para avaliar a saúde dos idosos.

Este fato traz para os profissionais de saúde um desafio maior para o acompanhante desses idosos com o intuito de promover o envelhecimento ativo. Há uma nova situação de saúde que é característica da longevidade que são as doenças crônicas não transmissíveis (ALENCAR; SILVA, 2013), que podem ocasionar danos à saúde do idosos e agravar sua fragilidade e propiciar o aumento da vulnerabilidade aos eventos incapacitantes como os acidentes por quedas.

Assim, os achados deste estudo mostraram algumas diferenças entre as praças, a idade, a escolaridade e a procedência. A Praça A, sendo considerada de classe média apresentou idosos com nível de escolaridade maior, de idade mais elevada (66-70 anos) e proveniente do interior, enquanto a Praça B, considerada classe menos favorecida apresentou idosos entre 60 e 65 anos, nível de escolaridade mais baixo e a procedência

da capital do estado, confirmado em outros estudos que a renda e nível de escolaridade estão associados ao nível de letramento funcional em saúde.

O interessante dos achados que em ambas as praças a maioria da renda familiar foi de 2 a 3 salários mínimos e a maioria possui casa própria, sendo achados diferentes de outros estudos, onde a renda e a escolaridade estavam associados devido a melhores oportunidades no mercado de trabalho.

5.2 Letramento Funcional dos idosos acerca de acidentes por quedas

O Letramento em Saúde é considerado uma condição que envolve diversas dimensões que unidas são considerados determinantes para a saúde como as características sociodemográficas (ocupação, renda, empregos, suporte social, cultura e linguagem); habilidades físicas (idade, audição, visão e fluência); habilidades cognitivas (cognição e memória) com a interação e integração entre si para que o indivíduo entenda, compreenda, analise e aplique eficazmente as informações de saúde no seu cotidiano (PASSAMAI et al., 2012; SANTOS et al., 2015, SANTOS, 2010).

A análise das entrevistas levou à estruturação de 5 dimensões de resultados. 1. Buscar informações sobre quedas. 2. Compreensão das informações sobre as quedas. 3. Partilhar informações sobre prevenção de quedas. 4. Repercussão da informação para o idoso sobre a prevenção de quedas. 5. Participação em grupo de educação em saúde.

1: BUSCAR INFORMAÇÕES SOBRE QUEDAS

Nesta dimensão foram agrupadas as respostas referentes à busca de informações sobre a preocupação com os acidentes por quedas.

Os idosos entrevistados ao serem indagados sobre há quanto tempo tem pensado sobre quedas, 37 (46,25%) idosos responderam que não pensaram, 32 (40.0%) idosos pensa algum tempo e 03 (3,75%) responderam que há um ano tem pensado sobre quedas após terem sofrido episódio de queda.

Podemos observar que a maioria 37 (46,25%) não pensou sobre as quedas, por terem a ideia que as quedas são normais no idoso e que nada pode ser feito, é um pensamento equivocado mostrando falta de educação em saúde. Os que pensaram algum

tempo relataram medo ao cair e das lesões provocadas, esse medo é decorrente de ficar dependente de alguém e do isolamento social.

Ao serem indagados se tinham dúvidas sobre acidentes por quedas, 50 (62,50%) idosos afirmaram não as apresentar, alguns por terem aprendido ao decorrer da vida sobre as quedas. Dos idosos, 8 (10,0%) relataram que não pararam para pensar se tinham dúvidas. Das dúvidas apresentadas 6 (7,5%) idosos relataram que tinham dúvidas como prevenir as quedas. Ainda, 02 (2,5%) idosos relataram que não tinham dúvidas, pois a queda é um acidente e não teria como prevenir.

Os acidentes por quedas nos idosos são eventos multifatoriais, recorrentes e de impacto devastador na vida dos idosos e que muitas vezes são desvalorizados pelos próprios idosos e pelos profissionais de saúde (PAULA JUNIOR; SANTO, 2017). Podemos observar na pesquisa que 02 idosos responderam que não pensaram sobre quedas, pois são acidentes e não tem como prevenir. São considerados problemas não estruturantes, onde é percebido, porém não são considerados importantes.

Para Ferreira et al. (2015), no Brasil existe uma forte crença de que as quedas são um acontecimento normal e esperado do envelhecimento, sendo negligenciadas durante as avaliações dos profissionais de saúde, são lembradas na presença de uma lesão grave decorrente desse evento. Segundo o manual de prática clínica para prevenção de quedas em idosos, das Sociedades Americana e Britânica de Geriatria (2011), todos os idosos devem ser questionados, ao menos uma vez ao ano, sobre a ocorrência de acidentes por queda, para uma intervenção adequada.

Há como prevenir a maioria das lesões ocasionadas pela queda, porém a percepção que sejam “acidentes”, resulta em negligência na área da saúde pública (WHO, 2005, p.28).

A partir do momento que os idosos começarem a entender que os acidentes por queda é um agravo à saúde e existem medidas de prevenção, o letramento funcional em saúde estará adequado e a busca por informações serão menos passivas e os números atuais que tornam as quedas como problema de saúde pública irá cair e o envelhecimento ativo e saudável será alcançado com êxito. Assim para esta realidade apresentar mudanças há necessidade de interação do profissional, do idoso, da família do idoso e da comunidade e juntos compartilhar saberes no processo saúde e autocuidado.

Em relação à questão de procurem respostas para as dúvidas, 62 (77,5%) idosos não procuram em nenhuma fonte.

Para buscar informações sobre os aspectos levantados sobre as quedas, citaram, como fontes: médico, amigo médico; amigas que já caíram. Referiram também como fontes de informações, com menor frequência programas de saúde na televisão.

O LFS é um fenômeno contextualizado e isto, inclui a capacidade que os indivíduos têm de comunicação com os profissionais de saúde, de leitura das informações médicas da tomada de decisões acerca do tratamento e prevenção, de seguir regimes médicos e decidir quando e como procurar ajuda médica. Nesse contexto, o LFS começa e termina com o indivíduo (MONTEIRO, 2009).

As fontes para esclarecimento das dúvidas foram os profissionais de saúde, em maioria, destacando-se o médico como primeiro profissional procurado. Em relação às fontes de informação, destacaram-se os médicos, assim como no estudo brasileiro realizado pela Paskulin e colaboradores (2012) e Machado et al. (2014). A segunda fonte informada foi dos programas de televisão, mostrando pouco acesso a materiais de leitura.

Muitos profissionais de enfermagem não têm consciência de sua ação educativa, como podemos perceber nos resultados acima, que a procura por informação se destacando o profissional médico, sendo que o acolhimento inicial é da equipe de enfermagem em qualquer serviço de saúde público ou privado.

Os idosos que buscaram por informações sobre as dúvidas que tinham sobre quedas, relataram satisfeitos com as informações recebidas. Esse achado é importante, pois mostra que o vocabulário dos profissionais está adequado.

Os estudos desenvolvidos (SPEROS, 2005; MARAGNO, 2009; LUIS, 2010; MACHADO et al., 2014) sobre o LFS apontaram que o baixo nível de letramento em saúde mostrou ser maior na população idosa, em indivíduos com baixo status social, nível de escolaridade e recursos financeiros, em indivíduos com doenças crônicas e em doentes que recorrem aos serviços de saúde, ou seja, as características sociodemográficas estão diretamente relacionadas ao nível de letramento.

Neste sentido, o termo LFS é uma capacidade de identificação, compreensão, interpretação, criação, comunicação para a utilização das tecnologias (leve, leve-dura e dura) em diversos contextos que os indivíduos estão inseridos. Envolve um contínuo processo de aprendizagem com desenvolvimento de habilidades e o conhecimento para o alcance de uma qualidade de vida e conseqüentemente envelhecimento saudável e ativo (PASSAMAI et al., 2012). Assim, o LFS é dinâmico estando em interação com as habilidades do indivíduo e das situações específicas vivenciadas.

Contudo, observamos que a busca por informações para prevenção de quedas não obteve um resultado significativo, sendo que apenas 18 (22,5%) dos idosos buscaram alguma fonte de informação, revelando uma baixa preocupação, interesse e busca neste contexto de saúde. O letramento funcional em saúde baixo em adultos está associado a estratégias de busca de informações de saúde inadequadas e cuidados precários, sendo que a busca por informações de saúde só ocorre quando o indivíduo é letrado e entende a sua importância na sociedade e de sua saúde.

Acerca das dúvidas que possuíam acerca de acidentes por quedas e para as quais buscaram informações, notou-se pouca expressividade entre os participantes. Apenas 20 deles manifestaram algum questionamento sobre quedas para o qual buscaram resposta nos serviços de saúde, mostrando uma aparente conformidade diante das informações e das dúvidas relacionadas neste contexto de saúde.

Em um estudo realizado por Silva et al. (2014) sobre as fontes de informações que idosos utilizavam para obter informações sobre riscos de quedas, a maioria (85%) apontou a experiência de vida, 53,3% os profissionais de saúde, 16,6% televisão, orientações de amigos e familiares (9,1%) e 7,5% leitura.

Muitos idosos do estudo em questão eram associados aos serviços de saúde privados e todos afirmaram, na pesquisa em questão, que não existem grupos de educação em saúde, que não tem contato direto com a equipe de enfermagem, quando surgiram dúvidas, procuravam o profissional médico ou não procuram nenhuma fonte. Um achado negativo, pois significa que os profissionais enfermeiros ainda não conquistaram seu espaço nos serviços privado de saúde.

Envelhecer pode ser entendido como um processo dinâmico contínuo. O contexto familiar em que o idoso está inserido poderá influenciar na utilização dos serviços de saúde e na prevenção dos acidentes por queda. O apoio da família poderá ter benefícios para a qualidade de vida deste indivíduo, pois poderá procurar informações para cuidar de sua saúde.

Podemos observar em um estudo realizado por Gomes et al. (2007) que existem motivos para que os homens não frequentem os serviços de saúde e tenham pouco interesse sobre as informações de saúde, tais motivos estão relacionados com o cuidado que não é visto como uma prática masculina; com o horário de funcionamento dos serviços de saúde que não atendem as demandas dos homens; com a vergonha associada à falta de hábito de se expor ao profissional de saúde; com o receio de buscar um serviço

de saúde para saber se a sua saúde vai bem, possa se deparar com diagnósticos de uma doença e ter de se tratar; com renda baixa para custear consulta ou exames devido o sustento da família; e com a precariedade dos serviços públicos (GOMES et al., 2007).

O LFS inadequado está associado a menor utilização de serviços preventivos, a falta de autocuidado para com as condições crônicas, a não adesão ao tratamento medicamentoso; ao aumento da hospitalização e das taxas de mortalidade (APOLINÁRIO et al., 2012).

Para Pellegrini Filho e Rovere (2011) o acesso ao conhecimento tem vastas repercussões na sociedade, pois a compreensão e a aplicação individual e coletiva pelos membros de uma comunidade interferem na mudança de estruturas, comportamentos e políticas. O acesso universal à informação deve ser um componente essencial das políticas de saúde voltadas a promover a equidade. Portanto, podemos perceber com os achados que ainda há muito a ser realizado quanto as ações de educação em saúde para que o acesso ao conhecimento tenha repercussão positiva na sociedade.

O envelhecimento pode ser saudável e ativo, porém mesmo com a melhoria e diversificação do acesso às informações, percebe-se que a relação do profissional de saúde e o indivíduo continua impotente. Um dos fatores a esta situação são as práticas dos profissionais que não fortalecem esta relação, pelo contrário, as práticas estão baseadas nas ‘prescrições comportamentais enunciadas por imperativos’ (SOUSA et al., 2015), tornando-se um empecilho para o entendimento dos idosos para as ações de autocuidado e prevenção a agravos.

Outro fator a ser discutido é a cultura em que o idoso está inserido, sendo necessário conhecer sua vivência e expectativa quanto a sua saúde e o processo de envelhecimento, sendo fulcral a equipe de saúde conhecer cada indivíduo e suas necessidades para ações de intervenções adequadas. Para Sousa et al. (2015) “O conceito de cultura deve ser posto em relevo, visto que está diretamente ligado ao conceito de cuidado e educação em saúde”. É importante considerarmos a cultura em que o indivíduo está inserido, entender as limitações frente à busca de informações para a sua saúde.

A cultura amazônica possui uma diversidade, apresentando diversas condições de vida locais, de saberes, de valores, de práticas sociais e educativas, religiosas e de etnia com um modo de vida em constantes interações com a biodiversidade da Amazônia (OLIVEIRA et al. 2003 apud SOUSA et al., 2015).

Segundo a OMS (1998) os fatores culturais também influenciam na busca por comportamentos mais saudáveis, a cultura e as tradições determinam como a sociedade encara os idosos e o processo de envelhecimento, quando as sociedades atribuem sintomas de doenças ao processo de envelhecimento, a oferta de serviços de prevenção e promoção é em menor escala.

O termo “informação” pode ter sentido quando o indivíduo compreende o significado dela. A informação só é buscada pelo o indivíduo quando se tem um determinado objetivo, seja consciente ou inconsciente, necessitando de um emissor, pois o que é informação para um pode não ser para o outro (LEITE et al., 2014). Assim, quando a informação for transmitida pelo profissional de saúde, há necessidade de adequação a cada indivíduo, pois a informação transmitida a um indivíduo pode não ser entendida pelo outro da mesma forma, podendo dar significados errôneos as informações recebidas. A informação tem um papel importante no empoderamento dos indivíduos ocasionado o processo de autotransformação com mudanças em seu ambiente e propiciando autonomia (LEITE et al., 2014).

Portanto, o LFS requer competências necessárias para se obter e processar as informações sobre saúde e agir com tais conhecimentos. Assim, são necessários: o domínio de leitura básica, escrita, numeramento, comunicação, o reconhecimento de risco, o senso crítico para análise das informações conflitantes e tomada de decisões relativas a saúde (PASSAMAI et al., 2012).

Nessa dimensão, observa-se a conformidade das informações dos idosos, a baixa capacidade de busca de informações de saúde, uma vez, que o nível adequado de LFS propicia melhor entendimento das condições de saúde e habilidade de busca de informações para melhorar ou manter o envelhecimento saudável e ativo. Para alcance do envelhecimento saudável é necessário que o idoso amplie sua consciência de saúde e de envelhecimento com intuito de enfrentar com êxito as situações de saúde que ocorrerem no decorrer dos anos e viver sua vida com mais independência.

2: COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS QUEDAS

Nessa dimensão, foram agrupadas as respostas relacionadas ao entendimento das informações sobre a prevenção das quedas, a discordância entre as informações fornecidas, as palavras que os idosos não entenderam ao receberem as informações e sua atitude frente ao não entendimento.

Os idosos que buscaram por informações sobre as dúvidas que tivessem sobre quedas, classificaram as informações como de fácil compreensão. Apenas 02 (2,5%) idosos que relataram a discordância entre as informações recebidas ao buscarem mais de uma fonte e 06 (7,5%) idosos que buscaram pela segunda fonte de informação, não relataram contradições entre as fontes buscadas.

No que diz respeito ao entendimento das informações recebidas, a maioria afirmou que a linguagem utilizada pelos profissionais é de fácil compreensão, o que também se observa nos estudos realizados no Brasil por Paskulin e colaboradores (2012) e Machado et al. (2014) e Canadá (KWAN, FRANKISH; ROOTMAN, 2006). Este dado é importante, pois o vocabulário adequado auxilia a compreensão do idoso e facilita o uso da informação em sua vida.

A percepção dos idosos quanto à saúde e os resultados terapêuticos estão associados à comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os idosos. Assim, uma melhor relação de comunicação está diretamente relacionada à melhor adesão terapêutica e de prevenção, satisfação dos cuidados e reabilitação dos indivíduos idosos (LAMELA; BASTOS, 2012).

Para Lamela e Bastos (2012), a forma de comunicação e o fornecimento de informações dos profissionais de saúde durante o atendimento está associado à satisfação dos idosos e de suas famílias, sendo interativa e ambos influenciam e mantem os estilos de comunicação do outro, ocasionando assim à troca de saberes.

Os indivíduos de classe social baixa, escolaridade baixa e conhecimento em relação a procedimentos de saúde, muitas vezes estão em desvantagens quanto à saúde, devido à dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer suas reais necessidades e sua função no processo de cuidados da saúde (LAMELA; BASTOS, 2012).

Em relação às palavras ouvidas, 17 (21,25%) idosos relataram ter ouvido algum termo que não compreenderam e, quando isso ocorreu, algumas atitudes foram tomadas: 05 (6,25%) idosos não fizeram nada; 02 (2,5%) idosos relataram que perguntaram aos

filhos; 06 (7,5%) idosos pediram que o profissional repetisse a informação; 01 (1,25 %) idoso procurou na internet.

O baixo nível de letramento faz com que o indivíduo não informe o não entendimento da informação fornecida, pois pode apresentar o sentimento de embaraço e vergonha podendo diminuir a capacidade do indivíduo de demonstrar suas dúvidas, receios, não entendimento e preocupações (MONTEIRO, 2009).

O letramento de idosos pode ser considerado um componente importante para o empoderamento relacionado ao autocuidado, promoção e prevenção à saúde e seus agravos e na eficácia da adesão ao tratamento (MACHADO et al., 2014).

O nível de Letramento Funcional em Saúde de um indivíduo é afetado por condições da sua vida que podem ser denominadas determinantes como: Educação; capacidades individuais; desenvolvimento na primeira infância; envelhecimento; condições de vida e de trabalho; diferenças de gênero; Cultura e linguagem (LUIS, 2010).

A relação do profissional de saúde e do idoso é o ponto chave para a transformação das políticas públicas. Portanto, é através da comunicação efetiva estabelecida entre o enfermeiro e o indivíduo que há possibilidade da compreensão integral deste, buscando o entendimento de sua visão de mundo e atitudes frente a elas, proporcionando um envelhecimento saudável voltado para a manutenção e adaptação de sua rotina (SILVA et al., 2015).

As limitações decorrentes do processo de envelhecimento poderão comprometer a capacidade de assimilação dos idosos, podendo o idoso apresentar dificuldade para aprender novos conhecimentos ou mudanças de hábitos ou costumes já enraizados. Isso reforça a necessidade do enfermeiro em conhecer as informações deste idoso para que ele possa assimilar novos conhecimentos e facilite a mudanças de hábitos (SILVA et al., 2015).

Existem obstáculos para que o idoso tenha dificuldade de prevenir os acidentes por quedas, em buscar por informações de prevenção e compreender informações relacionadas a saúde. Estes obstáculos estão envolvidos a baixa escolaridade, a limitação da capacidade de leitura, a diminuição na concentração decorrente do envelhecimento e ao nível baixo de letramento funcional em saúde.

Para Santos et al. (2012), ser letrado em saúde não é apenas receber informações através de materiais escritos, envolve também o acesso aos serviços de saúde, de prevenção, a compreensão sobre o risco a saúde, o diagnóstico e o tratamento proposto e

o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões frente as informações adquiridas para melhorar sua saúde.

A qualidade e o sucesso da gestão em saúde e o autocuidado perpassa pela compreensão acerca das informações recebidas e aplicações em sua saúde. O letramento é o resultado da comunicação e educação em saúde (PASSAMAI, 2012).

Segundo Taggart et al. (2012), os grupos educativos em saúde podem ser uteis para as mudanças de comportamentos e atitudes dos indivíduos sustentado no LFS diminuindo a vulnerabilidade aos fatores de riscos comportamentais, ambientes e sociais. O LFS permite que os indivíduos construam seu conhecimento, habilidades e potencial para fazer mudanças de comportamentos positivos. A compreensão e medição do LFS dos idosos em relação aos fatores de risco comportamentais e ambientais é importante para a prevenção de acidentes por queda (TAGGART et al., 2012).

Assim, o enfermeiro deve prestar a assistência baseada nas necessidades humanas básicas com um olhar holístico além de um modelo biomédico de assistência com programas educativos com ações curativas e preventivas para o conhecimento dos determinantes sociais no ambiente social e físico com o intuito de gerar significados para as tomadas de decisões para sua saúde e promover a saúde.

O uso de um vocabulário acessível à realidade dos idosos foi observado nos relatos de que as informações recebidas dos profissionais eram de fácil compreensão, um dado significativo que mostra quão é importante as informações na vida dos idosos.

A compreensão das informações relativas a saúde, estão associadas a comunicação dos profissionais de saúde e os indivíduos e contempla as competências de boa comunicação, ouvir ativamente, contextual, interativa e a capacidade de memória. Com o idoso letrado em saúde as consequências e desfechos de saúde estão proporcionalmente relacionados e assim ocorre a melhora do estado de saúde, redução dos custos com saúde, conhecimento de saúde, hospitalizações mais curtas e uso menos frequentes dos serviços de saúde curativos e de reabilitação.

3: PARTILHAR INFORMAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS

Nesta dimensão, foram agrupadas as questões referentes ao compartilhamento das informações com outras pessoas, o aprendizado que o idoso considera mais importante para compartilhar com os demais e se essas informações fizeram diferença para quem as recebeu.

Ao serem questionados com quem os idosos falaram sobre a preocupação com quedas, 50 (62,5%) idosos não falaram com ninguém, 17 (21,25%) falaram com a família, e alguns ainda falaram com os vizinhos e com colegas.

O incentivo ao idoso para que realize as tarefas de cuidado pessoal, aumentar sua participação na assistência, o respeito do seu espaço social e territorial e o fornecimento de tempo para sua fala e exposição de seus sentimentos e preocupações são algumas estratégias que colaboram na promoção e manutenção da autonomia e independência (SILVA et al., 2015).

Podemos observar que a partilha da preocupação com a prevenção de quedas com outras pessoas não ocorre, voltando à questão de que as quedas são eventos normais do envelhecimento.

Em relação às informações importantes que todos os idosos devem saber sobre prevenir quedas obtivemos várias respostas, sendo que 8 (10,0%) idosos não souberam responder, 10 (12,5%) idosos não responderam; 35 (43,75%) dos idosos relataram “Andar com cuidado”; e com respostas com menos frequência tivemos outras informações como que estão listadas na tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Informações segundo a opinião dos idosos frequentadores de praças públicas de Belém para a prevenção dos acidentes por queda, junho-agosto, 2017, Belém- Pará, 2017.

Informações para prevenção de queda segundo os idosos	Frequência de respostas (%)	
Andar com cuidado	35	43,75%
Prestar atenção ao andar na rua	06	7,5%
Cuidar da saúde	06	7,5%
Praticar exercícios físicos	05	6,25%
Utilização de dispositivos de amparo a marcha como a bengala, andador	04	5%
Ter alimentação saudável	03	3,75%
Usar calçado adequado	03	3,75%
Conhecer seus limites	03	3,75%
Preparar a casa para a velhice	03	3,75%
Total	68	85%

Fonte: Dados primários

Existem várias estratégias para prevenir a ocorrência de quedas, mas também não se pode deixar de admitir que muitos episódios ocorrem em função de descuidos do próprio idoso, que tem dificuldades de aceitação de sua vulnerabilidade e julgamento em situações de riscos (PAULA JUNIOR; SANTO, 2017). Das informações importantes para prevenir as quedas, interessante perceber, que os idosos possuíam conhecimento sobre as medidas de prevenção que muitas vezes não são seguidas e compartilhadas, houve três respostas em relação a ‘conhecer seus limites’, isso nos mostra que a experiência de vida dos idosos e a visão do processo de envelhecimento e as condutas de prevenção das quedas são importantes para trabalhar juntamente com os seus familiares e comunidade.

Os achados mostram que mesmo os idosos não buscando informações sobre as quedas, possuem conhecimento sobre as medidas preventivas e que precisa de orientações

sobre a importância de ser cumpridas e do evento ser um agravo a saúde, mostrando que os saberes populares são importantes no contexto de educação em saúde.

Sobre para quem os idosos contaram sobre o que aprenderam sobre as quedas 16 (20,0%) contaram para a família, outros idosos (16-20%) contaram para amigas, para vizinhos, para irmãos na igreja, colegas de trabalho, mas 49 (61,25%) idosos não contaram a ninguém.

O compartilhamento das informações com a família e vizinhos prevaleceu nos relatos, reforçando o papel importante que a rede familiar e de comunidade representam para o convívio, relação de confiança, bem-estar e manutenção da saúde dos idosos.

Novamente percebe-se que a comunicação dos idosos está precária, onde 49 (61,25%) não contou a ninguém sobre as medidas preventivas mesmo sendo da aprendizagem vicária e do senso comum. O que nos mostra a necessidade urgente de implantação de ações educativas com idosos da comunidade pelas redes públicas e privadas.

Ao perguntar se o idoso havia percebido alguma mudança de atitude em relação às orientações recebidas, 20 (25,0%) idosos responderam que fez diferença na vida de outros idosos. Podemos perceber nas falas abaixo:

“Percebi que começaram a fazer caminhada, conversam entre si sobre saúde”.
(Idoso 29)

“Pois disse que iria procurar um médico para ter mais informações”. (Idoso 38)

“Começaram a ter cuidado ao andar e falar sobre suas limitações devido a idade”. (Idoso 40)

“[...] passaram a ter cuidado em andar e não correrem”. (Idoso 41)

“Observei que começaram a andar com mais cuidado”. (Idoso 58)

“Percebi que andam com atenção”. (Idoso 70)

“Percebi que começaram a ter cuidado ao andar”. (Idoso 74)

Com o envelhecimento foram aderidos alguns mitos e um deles é que é tarde demais para a adoção de estilo de vida saudável e de prevenção, pelo contrário, o envolvimento em medidas preventivas como atividade física, abstinência de fumo e de álcool, adesão ao tratamento medicamentoso, mudanças no ambiente em que vive podem

prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida dos idosos (WHO, 2005 p.22).

Alguns idosos (6- 7,5%) não souberam responder, 05 (6,25%) idosos responderam que as informações que foram compartilhadas não fizeram diferença e 48 (60,0%) idosos não compartilharam as informações.

É fulcral que os profissionais compreendam que o idoso é um sujeito ativo dentro de sua comunidade, capaz de promover mudanças, aumentar a autoconfiança, compartilhar saberes e promover ações de educação em saúde junto a outros idosos, entre sua família e na comunidade (MALDONADO, MUÑOZ; NUNEZ, 2007 apud MALLMANN et al., 2015). Percebemos este fato na fala abaixo:

“Com as orientações que forneci para evitar as quedas, o vizinho começou a cair menos e até veio me agradecer as orientações”. (Idoso 46)

O letramento em saúde é considerado um determinante social de saúde, pois contribui para a melhora do indivíduo, da sua saúde, da sua família e da comunidade em que vive. Não se dá de forma estática, está em constante movimento evoluindo com o tempo e que os indivíduos letrados são capazes de influenciar outros indivíduos e também a sociedade (SANTOS et al., 2015).

O profissional enfermeiro tem um papel hegemônico, pois exerce desde do planejamento das ações da assistência até os processos educativos de formação, capacitação profissional e educação popular, devendo fazer reflexões sobre sua atuação como profissional e rever suas práticas educativas e metodologia de trabalho (MALAQUIAS, ROSAS, 2010).

Para o alcance da promoção da saúde são necessárias a reorganização dos serviços de saúde e a mudança na formação e atitudes dos profissionais de saúde frente a assistência à saúde integral que deve abranger as ações educativas preventivas quanto curativas. Estas devem ser realizadas de forma horizontal, valorizando o conhecimento da comunidade.

É necessário a integralidade do processo educativo junto à comunidade, pois o sucesso da prática do enfermeiro está diretamente associado a capacidade dos indivíduos (idoso e família) gerenciarem e compreenderem o processo saúde-doença e o autocuidado (TAGGART et al.,2012).

As ações dos enfermeiros estão baseadas nos pilares da autonomia e independência, proporcionando troca e saberes popular e científico para as modificações nos fatores de risco relacionado a saúde do idoso para a prevenção do evento incapacitante.

Propomos para tentar minimizar a situação mostrada de baixo letramento funcional em saúde dos idosos na comunidade, estratégias de ações educativas como grupo de idosos, rodas de conversa, feiras de saúde, aconselhamentos individuais e grupais, sessões de vídeos e/ou filmes, teatro, materiais escritos valorizando comportamentos de prevenção como alimentação saudável, exercícios físicos, abstenção do fumo e do álcool, banho de sol, uso de dispositivos de amparo a marcha, se necessário, utilização ponderada de medicamentos e adaptações na residência, com intuito de levá-los a reflexão do processo de envelhecimento e os fatores de risco para eventos incapacitantes, visando a mudança de atitudes e comportamento frente a essa realidade a fim de possibilitar a participação como sujeitos ativos na gestão de sua saúde, agindo de forma autônoma, empoderada e preventiva evitando desfechos clínicos desfavoráveis.

As mudanças de atitude frente às quedas como andar com cuidado, cuidar da saúde, praticar atividade física, conhecer seus limites, uso adequado dos calçados foram relacionados entre as falas, demonstrando a compreensão, partilha e o uso adequado das informações recebidas pelos idosos.

Nessa dimensão, podemos observar que os idosos fazem parte de uma rede de relações sociais, de afetos, de pares, onde podemos considerar como influência para o LFS, sendo imprescindível que os profissionais abordem coletivamente e individualmente cada pessoa com intuito de melhorar a resiliência individual quanto ao processo saúde-doença, um indivíduo letrado funcional em saúde é capaz de participar de programas educativos e influenciar a comunidade a participarem também melhorando o empoderamento da mesma, aumentando a capacidade de atuação sobre os fatores de risco sociais, econômicos, fisiológicos da saúde.

4: REPERCUSSÃO DA INFORMAÇÃO PARA O IDOSO SOBRE A PREVENÇÃO DE QUEDAS

Nesta dimensão, foram incluídas as respostas referentes a repercussão das informações na vida do idoso sobre a prevenção dos acidentes por queda.

Ao serem questionados sobre a mudança de atitude com as informações recebidas 19 (23,75%) idosos informaram que não fizeram diferença em sua vida. Mas 61 (76,25%) idosos que responderam que fizeram diferença em sua vida, essas mudanças citadas, foram informadas em mais de uma resposta por idoso como: “Começou a ter mais cuidado ao andar” foi a de maior frequência com 37 (46,25%) idosos, outras atitudes relatadas foram: “Melhor vigor”, “Começou a ter mais atenção ao andar na rua”, “Começou a cuidar da saúde”; “Começou a usar calçado adequado”, “Começou a ter uma vida saudável”, “Começou a praticar atividade física”, “Ter mudança na alimentação”, “Começou a ir com frequência em consulta medica”, “Começou a levantar devagar da cama”; “Começou a ter cuidado no banho”, “Mudança na estrutura da casa”, “Começou a deixar o urinol perto da cama durante a noite”, “Começou a conhecer seus limites”, “Começou a diminuir a ingesta de bebida alcoólica”, “Começou a deixar um banco no banheiro durante o banho”.

Nas mudanças informadas pelos idosos demonstrou atitudes para diminuir os fatores intrínsecos e extrínsecos e até mesmo comportamentais, quando foi relatado que começaram a conhecer os seus limites relacionados às quedas e a diminuição da ingestão de álcool, um achado positivo, pois mostra o conhecimento das medidas preventivas e autocuidado para as quedas e a importância dos saberes populares e experiência de vida.

Acerca das informações mais importantes consideradas pelos idosos sobre a prevenção de acidentes por queda foi revelada a conduta de andar com cuidado, cuidar da saúde e praticar exercícios físicos.

O LFS demonstrou associação negativa com a escolaridade, pois mesmo com o nível de escolaridade predominante de 5 a 9 anos na Praça A, a procura e partilha por informações referente a quedas não apresentou interação e integração entre si, sendo um achado diferente dos estudos já realizados (PASKULIN et al., 2012; SOUZA FILHO, 2011; FERNANDES, 2012), pois mostraram que indivíduos com maior escolaridade apresentam maiores escores de letramento.

De maneira geral, percebe-se que a crença de cair faz parte da velhice que está associada a concepções estigmatizantes do processo de envelhecimento que os percebe não como um evento incapacitante, mas como evento normal e não buscam e partilham informações sobre medidas preventivas, mostrando a necessidade do aumento do LFS. Para as práticas educativas neste contexto é necessário o conhecimento da realidade e a visão crítica para abordar essa temática com os idosos e sua família.

Podemos perceber nos resultados que as informações fornecidas sobre o conhecimento e atitude frente à prevenção de quedas são adquiridas durante a experiência de vida e relataram mudanças significativas em suas vidas.

Os fatores de risco associados a quedas de idosos que vivem na comunidade são: idade avançada; trabalhos domésticos com elevada carga horária; ter maior número de doenças; doenças crônicas; uso e abuso de drogas ilícitas; medicamentos e bebidas alcoólicas; percepção de saúde precária; apoio familiar inadequado, entre outros (PAULA JUNIOR; SANTO, 2017). Com isso, há necessidade da promoção e prevenção deste agravo para o indivíduo, pois os fatores intrínsecos associados aos fatores extrínsecos e comportamentais ocasionam os acidentes por queda.

No modelo conceitual integrado por Mancuso (2008), o letramento funcional em saúde (capacidade, compreensão e comunicação) estão ligados entre si e são precedidos pelas aptidões, estratégias e capacidades para atingir o letramento em saúde (LOUREIRO et al., 2012; SANTOS et al., 2015). Assim, as informações compartilhadas pelos profissionais são essenciais para que o indivíduo consiga adquirir um nível adequado de letramento funcional em saúde.

O letramento fornece aos indivíduos as habilidades necessárias que permitem a compreensão e a comunicação das informações de interesse em saúde (PASSAMAI, 2012). O LFS pode ser considerado como parte integral do aprender ao longo da vida (MONTEIRO, 2009).

A política de trabalho na atenção primária à saúde preconiza que o indivíduo seja visto de forma contextualizada à suas condições sociodemográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais para que as ações de saúde sejam cada vez mais direcionadas e eficazes. A partir de um diagnóstico comunitário aprofundado, a atuação da equipe multiprofissional estará apta para um trabalho sistematizado e individualizado para atender as necessidades de cada indivíduo mantendo uma relação positiva e exercer as ações de educação em saúde (SOUSA et al., 2015), e estando atento para a escolaridade

dos idosos, pois a escolaridade tem repercussões no modo de compreensão e repercussão das informações e do processo de envelhecimento para os idosos.

O enfermeiro deve compreender as especificidades da pessoa idosa considerando sua história de vida, suas experiências pessoais para que ocorra um acolhimento efetivo e os idosos sintam-se reconhecidos (SILVA et al., 2015). As oportunidades de envelhecer com saúde não se aplicam igualmente a toda população (MONTEIRO, 2009). Portanto, a necessidade das intervenções dos profissionais de saúde para promover a saúde de todos os indivíduos.

Nesse sentido, o LFS passa a ser definido a partir de uma interação, envolvendo a busca, a interpretação e a utilização da informação dentro de diversos contextos (LOUREIRO et al., 2012). O Letramento em saúde está fortemente associado ao nível de escolaridade e alfabetização do indivíduo, afetando uma ampla gama de habilidades como cognitivas, comportamentais e sociais. Assim o LFS preocupa-se com as capacidades dos indivíduos para atender as complexas exigências da saúde em uma sociedade moderna (SORENSEN et al., 2012).

O baixo nível de LFS afeta a comunicação entre os profissionais de saúde e os indivíduos dificultam a compreensão conseqüentemente a tomada de decisão e a partilha das informações de saúde, sendo o LFS adequado importante para indicar a compreensão das informações e exercer a influência e desfechos e resultados de saúde.

Um indivíduo letrado em saúde é capaz de aplicar as informações adquiridas ao longo do tempo e participar de debates com julgamentos críticos em relação a sua saúde, de sua família e da comunidade em que vive. Assim, o LFS está ligado a alfabetização do indivíduo, envolvendo o letramento oral, de texto impresso e funcional.

A partir dessa dimensão, enfatiza a necessidade do trabalho do enfermeiro com os idosos relativos a conscientização da execução das medidas preventivas frente aos acidentes por queda e o aumento do letramento funcional em saúde e criar condições para as transformações dos indivíduos por meio da educação em saúde.

5: PARTICIPAÇÃO EM GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

As respostas relativas a participação em grupo de educação em saúde, as respostas foram escassas possivelmente pela falta de grupos organizados em serviços de saúde que os mesmos frequentam.

Os idosos que participavam de grupos de educação em saúde 14 (17,5%) referiam que aprenderam a cuidar da saúde, fizeram amizades, praticavam exercício físico, buscavam vida ativa, o que podemos observar nas seguintes falas:

“Aprendi sobre cuidados com a saúde em geral”. (Idoso 18)

“Minha memória melhorou”. (Idoso 31)

“Aprendi a me cuidar mais”. (Idoso 35)

“Aprendi a escovar os dentes, sobre sexo, as doenças transmissíveis e as vacinas”. (Idoso 41)

“Participo dos alcoólicos anônimos, mudou minha vida, aprendemos o valor da vida sóbrio”. (Idoso 48)

“Participo do grupo de idosos no conjunto Tapanã, aprendemos para ter envelhecimento saudável, fazemos dança, alongamento e conversas”. (Idoso 50)

“Participo do grupo no posto de saúde de castanhal, as palestras que assisti mudou a vida, pois recebi orientações sobre saúde, comecei a tomar os remédios regularmente, fico menos preocupada com as situações de saúde, sempre quando aparece alguma dúvida, procura o posto para orientações, comecei a cuidar da saúde”. (Idoso 76)

Esses e outros depoimentos dos idosos demonstraram a unanimidade quanto à repercussão positiva dos grupos de educação em saúde na vida de cada um, principalmente quanto as informações relacionadas ao cuidar da saúde e a interação com outras pessoas.

As atividades grupais entre idosos proporcionam aos indivíduos um espaço de acolhimento, socialização e de partilha de vivências pelas interações que ali ocorrem, podendo auxiliar no processo de aceitação e adaptação no processo de envelhecimento (ILHA et al., 2016), e criação de autoconfiança e de vínculos sociais, observadas nas falas abaixo:

“Fiz várias amizades, ajudamos o próximo”. (Idoso 5)

“Sinto-me bem no grupo. Gosto da integração com os outros integrantes”. (Idoso 22)

“É bom brincar com os colegas, dançar e ter relacionamento”. (Idoso 25)

“Recebo informações de saúde, dou minha opinião, digo minhas dificuldades, trocamos experiências de vida”. (Idoso 15)

A religiosidade também contribui para o processo de envelhecimento auxiliando o idoso a aceitar as perdas e aprender a lidar com os traumas e conflitos da vida. A inserção do idoso em grupos, de orientação religiosa ou não, contribuem positivamente como apoio social, evitando ou minimizando o declínio da saúde física e mental (ILHA et al., 2016).

“Participo do grupo da igreja, realizamos exercícios físicos, de memória, alongamento, dança e recebemos orientações para evitar a queda, isso faz diferença para cuidar da gente”. (Idoso 49)

A maioria dos idosos entrevistados que participava dos grupos de educação e de convivência, eram dos grupos de idosos da igreja que nos leva a reflexão que o interesse, a disponibilidade existe por parte dos idosos e qual seria o motivo de não ter esses grupos nos serviços de saúde. Quais seriam as dificuldades enfrentadas por esses serviços? Falta de recurso humano? Falta de interesse ou conhecimento dos profissionais? Falta de gestão propiciadora de educação em saúde?

A educação em saúde envolve estratégias utilizadas para o empoderamento dos indivíduos quanto à tomada de decisão sobre sua saúde, tendo como resultado o letramento funcional em saúde (PASKULIN et al., 2012). É importante enfatizar que o saber e a experiência de vida do idoso são ricos em significado para os quais, o profissional de saúde deveria reconhecê-los e respeitá-los ao intervir com procedimentos cuidadosos e educacionais no seu processo saúde-doença. Assim, a educação em saúde é uma legítima ferramenta de empoderamento do indivíduo.

A educação em saúde é a atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, quando se trata de ensinar práticas de autocuidado estabelecendo a relação dialógico-reflexiva com o indivíduo com o intuito da conscientização sobre sua saúde e prática de comportamentos de saúde (MALLMANN et al., 2015, SOUZA et al., 2010). É essencial o enfermeiro intervir na promoção de saúde dos idosos avaliando e acompanhando suas necessidades específicas de saúde, valendo-se de troca de saber e fazer benéficos, popular e profissional (ALVARENGA et al., 2011). Neste sentido, é necessário que haja novas intervenções e novos desenhos de intervenções

desenvolvidos pelos profissionais, principalmente os que levem em conta a relação entre os idosos residentes da comunidade, e a valorização de outros aspectos como as características psicobiológicas, as particularidades psicológicas, culturais, socioeconômicas e epidemiológicas (BAIXINHO, DIXE, 2016).

Para Ilha et al. (2016) as ações educativas realizadas por profissionais podem ser uma estratégia para promover mudanças nas condutas da população idosa, com intuito de contribuir com o envelhecimento ativo do grupo, referidas nas falas abaixo:

“Quando vou à Unidade de saúde do telegrafo, assisto palestras de saúde e recebo orientações sobre saúde e que ajudam a cuidar da minha saúde”. (Idoso 57)

“Participo do grupo na Unidade de saúde de Santa Barbara e as palestras ajudaram a cuidar da saúde”. (Idoso 59)

É importante destacar que o LFS sofre influência de determinantes intrínsecos ao indivíduo como a idade, nível cognitivo, audição, visão e memória; e extrínsecos como os fatores socioculturais como emprego, renda e nível social (IOM, 2004; NUTBEAM, 2009; WOLF, 2006). Nesse contexto, é relevante ressaltar que mesmo existindo relação entre letramento e a escolaridade, nem sempre o nível educacional reflete correspondência ao nível de letramento adequado para o contexto em que está inserido, ou seja, o indivíduo pode apresentar alto nível de escolaridade e de letramento tende a desejar, por não compreender a linguagem utilizada no contexto da saúde (SOARES, 2012; MORAES, 2014).

Com as modificações biopsicossociais no processo de envelhecimento, o indivíduo está exposto a maior vulnerabilidade para as doenças e os eventos como os acidentes por queda, que pode gerar limitações ao idoso (MALLMANN et al., 2015; VIEIRA et al., 2013). Nesse contexto o profissional de saúde está inserido com intuito de promover a saúde do idoso e o envelhecimento ativo e saudável. A promoção da saúde tem o objetivo de diminuir a vulnerabilidade e os riscos à saúde do indivíduo e comunidade através da participação ativa e controle social (MALLMANN et al., 2015, ILHA et al., 2016).

Para Sousa et al. (2015) as ações educativas realizadas em grupos são de grande valia para a relação de confiança com os idosos, pois proporciona troca de saberes, a participação ativa dos idosos e construção de novos saberes para a melhora de sua vida, auxiliando na prevenção de quedas, aumentando a capacidade dos indivíduos de tomar

decisões referentes aos comportamentos que influenciam o risco de cair (SOUSA et al., 2015; SILVA et al., 2014).

O grande desafio da enfermagem é inserir o idoso no processo de promoção à saúde, fazendo com que ele tenha acesso e entenda as informações necessárias para o seu envelhecimento, que apesar das limitações que possam ocorrer, sendo o protagonista de sua vida e faça reflexões críticas sobre seu convívio social e não se conforme com sua condição de saúde, que viva sua vida com máxima autonomia possível e a percepção de qualidade de vida (ILHA et al., 2016).

Atender os idosos e suas famílias é uma ação primordial da Atenção Básica e estende-se para a comunidade e existe a necessidade de os enfermeiros conhecerem o nível de letramento dos idosos, seu estilo de vida e suas crenças. O enfermeiro para desenvolver a educação em saúde não necessita de tecnologias avançadas ou formulas e roteiros mirabolantes, precisa de força de vontade, criatividade, organização, planejamento, metodologia adequada, trabalho em equipe e conhecimento do contexto.

A atuação do profissional enfermeiro na comunidade deve ser principalmente como educador com a intenção de manter o idoso em sua família e comunidade, devendo alertar a comunidade para os fatores de risco que os idosos estão expostos e orientar o idoso, o cuidador e as famílias para adequarem o ambiente domiciliar e comunitário para a promoção do ambiente seguro com intuito de manutenção e melhoria do envelhecimento saudável e ativo.

As ações educativas são formas de soluções e estratégias para a mudança da realidade proporcionando o aumento do nível de LFS, propiciando o idoso a participar ativamente na manutenção e melhoria de sua saúde, da sua família e comunidade, pois o objetivo dessas estratégias é o empoderamento do idoso.

A partir do contexto dessa pesquisa a criação de grupos de idosos nas comunidades faz-se necessário como inclusão no processo de trabalho dos enfermeiros para que as informações fornecidas busquem a autonomia e a independência por meio do empoderamento além da possibilidade de partilha das informações a outros idosos, assim, a prevenção de acidentes por queda pode ser uma maneira de minimizar o número de óbitos por causas externas e mudar a realidade de tal problema de saúde pública, diminuindo o ônus do sistema de saúde.

No estudo realizado por Zisberg, Gur-Yaish, Shochat (2010) foi identificado e alerta aos profissionais que os idosos em faixa etária de 80 anos ou mais possuíam maior

chance de não participarem das atividades em grupo. Com isso, é necessário que a equipe de saúde conheça sua clientela e planeje ações que inclua todos os idosos para um melhor acompanhamento das condições de saúde (ILHA et al., 2016).

No estudo em questão demonstrou que o número de idosos octogenários são muito poucos, não estão transitando na praça, com as alterações com o avançar da idade, os idosos apresentando limitações como a alteração da visão, da audição, dificuldade de locomoção devido a fraqueza nos membros e os problemas nas articulações que influenciam na interação com o meio em que vive, adaptando-se a uma variedade menor de ambientes, saindo de casa com menor frequência, estando vulneráveis ao isolamento social, depressão, declínio da capacidade física e cognitiva e eventos incapacitantes. Este achado vale discussão em outro capítulo de cuidados individualizados em domicílio evitando os riscos ambientais domésticos, uma vez que a maioria das quedas ocorrem em domicílio.

A educação em saúde deve ser utilizada como instrumento para a promoção da saúde podendo ser um aparato para promover o letramento em saúde, aumentando as capacidades dos idosos para acessar e utilizar as informações em saúde e tomar decisões adequadas (PASSAMAI, 2012) visando o envelhecimento saudável e ativo.

Com a melhora da qualidade da educação em saúde, a tendência é a melhora do cuidado de saúde e o letramento baixo serem reduzido (WOLF et al., 2009).

Para um envelhecimento saudável e ativo preconizada desde carta de Ottawa em 1986, requer ações Inter setoriais que favoreçam o acesso a informações de saúde, para isto é preciso conhecer o modo como os idosos brasileiros envelhecem e lidam com os problemas de saúde com o próprio processo de envelhecimento e cada profissional precisa refletir sobre seu conhecimento e percepção relacionado ao processo de envelhecimento e busquem conhecimento tanto de promoção e prevenção do evento queda, quanto do tratamento especializado no pós-queda.

O estudo permitiu analisar como os idosos buscam, compreendem e partilham as informações em saúde. Outro aspecto importante nesta pesquisa é que os idosos não participavam ativa e regularmente de grupos de educação em saúde, o que pode limitar a sua compreensão e compartilhamento de vivências e informações recebidas. Destaca-se que a não participação dos sujeitos em grupos de educação em saúde pode ter influenciado nos resultados.

Para Veras (2009) a prevenção tem resultados positivos em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, o destaque na prevenção é a resolução para se mudar o quadro atual.

Rodrigues et al. (2016) sugere que os programas de prevenção de quedas devem ser constituídos com ações de educação em saúde, levando em conta os fatores social como a autonomia e o isolamento social, orientando os idosos quanto aos cuidados que devem ser adotados em seu dia-a-dia.

Portanto, percebe-se nesse contexto a necessidade de reflexão sobre as práticas de educação em saúde voltadas para a Promoção da saúde do idoso, pautadas no contexto que o idoso está inserido, é preciso reformulação a partir das necessidades biopsicossociais de cada um, respeito sua autonomia.

Para Loureiro et al. (2012) os níveis de promoção da saúde e das medidas de intervenção proporcionam resultados ao nível de letramento funcional em saúde que são expressadas por meio de atitudes e conhecimentos relacionados a saúde, a motivação, intenções de comportamentos, competências pessoais; de ação e influencia social expressadas pela participação da comunidade, capacitação da comunidade, normas sociais e opinião pública e nas políticas de saúde e prática organizacional que são representadas pelas declarações políticas, legislação regulação e alocação de recursos e práticas organizacionais.

O LFS é um conjunto de competências individuais que podem ser agrupadas em quatro domínios: o conhecimento cultural e conceitual, a capacidade de ouvir e falar, a capacidade de escrever e ler e a numeracia. Através destas competências das capacidades individuais, o letramento funcional em saúde poderá ser desenvolvido com base numa intervenção ao nível educacional baseada em um contexto específico e à influência das interações entre o indivíduo e o meio que o rodeia (NUTBEAM, 2007 apud FERNANDES, 2012).

Acredita-se que os resultados aqui descritos poderão auxiliar os profissionais de saúde a programar suas atividades educativas a partir das deficiências expostas, assim como chamar atenção para estruturação de grupos de educação sobre envelhecimento saudável e ativo.

O nível adequado do LFS permitirá a autonomia e empoderamento pessoal e deve ser visto como um processo do desenvolvimento do indivíduo para a melhora da qualidade de vida (SORENSEN et al., 2012).

5.3 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, ENSINO E PESQUISA

Na atenção destinada aos idosos as implicações para a prática estão na equipe de saúde, principalmente os enfermeiros, pois são os primeiros a acolher esses usuários que chegam aos serviços de saúde, reconhecendo suas necessidades individuais, criando estratégias, juntamente com os gestores para uma educação em saúde em prevenção de eventos ou agravos de idoso em situação de risco de acidentes por queda.

O profissional enfermeiro precisa conhecer a cultura e suas influências, o letramento em saúde, a escolaridade, as condições sociodemográficas e o contexto em que o idoso está inserido e utilizar essas informações para criar, programar as ações educativas para promover a saúde e o envelhecimento saudável da população conforme preconiza as políticas da saúde do idoso.

Com base nos resultados baixo do estado de letramento funcional dos idosos acerca de acidentes por queda aventa-se que enfermeiros e demais profissionais da saúde devam adotar um modelo conceitual de aumento de LFS dos idosos que projetem em programas com ações interventivas global, que atinjam os idosos, família e comunidade.

Baseado no modelo conceitual de letramento em saúde proposto por Sorensen et al. (2012), sugere-se um modelo de LFS em relação aos acidentes por queda nos idosos que descreve as principais dimensões do letramento em saúde, dos fatores de risco de eventos, as vias que ligam o LFS aos resultados de saúde.

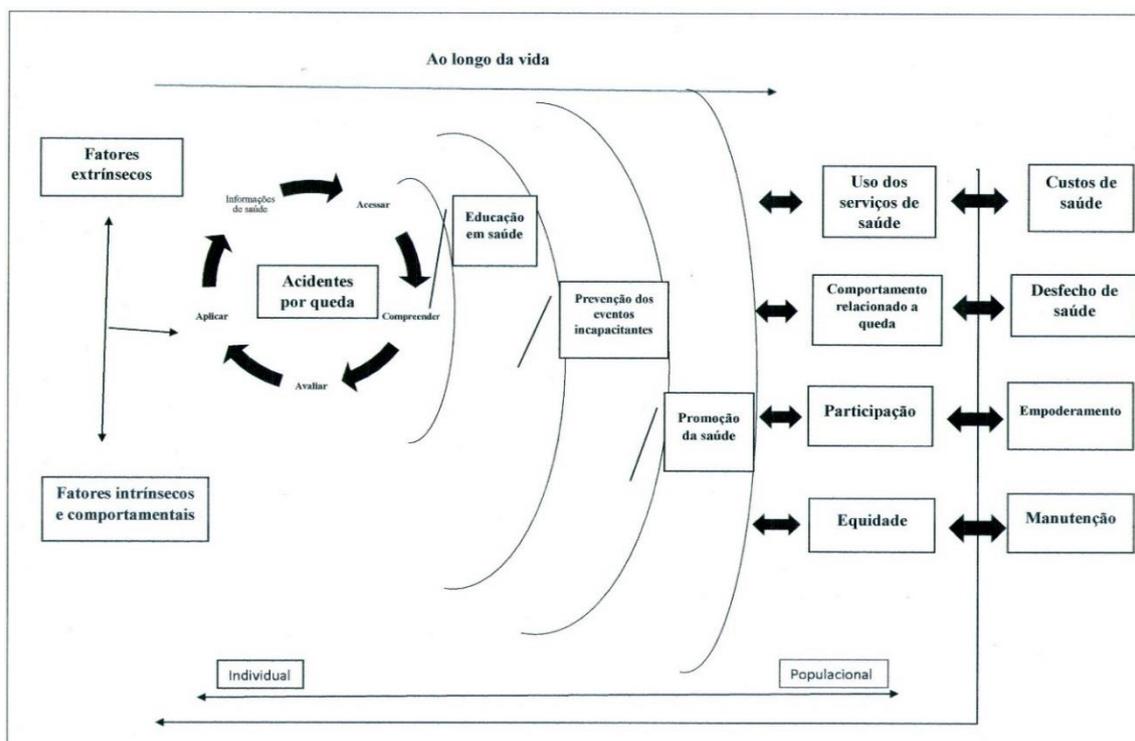


Figura 3. Dimensionamento do Modelo de Letramento Funcional em Saúde para prevenção de acidentes por queda em idosos baseado no modelo conceitual de Sorensen et al. 2012.

O modelo de Letramento Funcional em Saúde para prevenção de acidentes por quedas em idosos sugerido foi baseado no modelo conceitual de Sorensen et al., 2012, onde cada competência está associada a uma dimensão do LFS, assim ao longo da vida o idoso para evitar e diminuir a vulnerabilidade dos fatores de risco para os acidentes por quedas necessita habilidades cognitivas e informações em saúde por meio da educação em saúde para prevenção dos eventos incapacitantes como resultado a promoção da saúde, a diminuição dos serviços curativos e reabilitação, diminuição dos custos em saúde, mudanças em comportamentos em saúde com desfechos positivos, a participação no processo de saúde- doença e manutenção e melhoria da saúde.

Para Sorensen et al. (2012) cada competência representa uma dimensão importante do LFS, requerendo habilidade cognitivas específicas e a qualidade da informação fornecida e recebida. A aprendizagem ao longo da vida está ligada ao LFS, onde as habilidades e competências do letramento em saúde são direcionadas durante o curso da vida, sendo que à medida que as demandas contextuais mudam ao longo do tempo e a capacidade de busca no sistema de saúde depende do desenvolvimento cognitivo e psicossocial e com as experiências anteriores e atuais.

As implicações para o ensino estão voltadas à capacitação de recursos humanos visando a educação em serviço, pois há a necessidade de o profissional compreender e integrar em suas ações interventivas o conhecimento do processo de envelhecimento articulado com o nível de letramento funcional em saúde de cada usuário idoso em atendimento.

As práticas educativas influenciam os modos de pensar e agir dos indivíduos auxiliando na mudança de comportamento e estilo de vida, sendo necessário o ensino do autocuidado, o protagonismo só é construído por meio da educação que possibilita mudanças de visão, atitudes e comportamento na perspectiva individual, social e coletivo.

As implicações da pesquisa de letramento funcional em saúde, estão na necessidade primeiramente dos profissionais de saúde, políticos e formuladores de políticas públicas sejam todos letrados em saúde e conhecedores do letramento de usuários da saúde (PASSAMAI, 2012), pois o alto nível de letramento em saúde das

populações é a meta do protagonismo da própria vida e do autocuidado. Estudos sobre os níveis de letramento em saúde são necessários para melhorar a educação em saúde.

Embora seja evidente o aumento dos acidentes por queda em idosos, a literatura brasileira tem realizado poucos estudos sobre esta temática no âmbito de promoção e prevenção de tal evento. Sugerem-se mais estudos que abordem o tema e questão, assim como o desenvolvimento e operacionalização de políticas públicas voltado aos idosos que residem nas comunidades.

CONCLUSÃO

O aumento da expectativa de vida nos países em desenvolvimento como o Brasil, tem ocasionado preocupação com a qualidade de vida e bem-estar da população idosa, principalmente com os eventos incapacitantes como os acidentes por queda.

Esse estudo permitiu conhecer o letramento em saúde acerca dos acidentes por quedas e sua prevenção, de idosos residindo na comunidade. O baixo nível de letramento funcional em saúde, mais especificamente em acidentes por quedas e sua prevenção, constatou flagrante lacuna em educação para saúde.

A percentagem de respostas positivas nas questões de diferentes dimensões do letramento atingindo uma média de 41,75% infere-nos falhas de programas e serviços de saúde, educação e setores correlatos.

As baixas percentagens de respostas positivas ao exercício do letramento funcional em saúde dos idosos revelam aparente conformidade e passividade acerca das informações sobre saúde, possivelmente pela cultura arraigada dos idosos, por exemplo, de que, "cair faz parte da velhice e não tem como se impedir", leva-nos a inferir da necessidade de educação para a vida e saúde com forte ênfase em mudança de comportamento no enfrentamento de situações de risco para acidentes por quedas.

É essencial o conhecimento do letramento funcional em saúde dos usuários idosos, pela equipe de saúde subsidiar-se em suas ações interventivas por meio da aproximação da clientela considerando os níveis de compreensão e uso das informações em saúde a favor da educação e da prática do autocuidado do idoso vivendo em família e comunidade.

É muito importante conhecer o que está envolvido nesse fenômeno queda e a forma como este têm sido conduzidas para que os profissionais de saúde, os gestores, as políticas públicas analisem como as estratégias estão sendo abordadas e possam reorganiza-las de forma a obter melhores resultados na saúde da comunidade.

O presente estudo apresenta algumas limitações como a falta de pesquisas nacional e regionais que permitam a comparação de dados; a seleção de amostra por conveniência a ser reduzida. A pesquisa, contudo, visou uma aproximação da realidade abordando idosos em contexto de vida natural.

Os desafios apontados pelo estudo reúnem em torno da necessidade do aumento do nível do letramento em saúde dos idosos acerca dos acidentes por quedas e sua prevenção. Avaliar e compreender o letramento em saúde não são tarefas fáceis, porem

definir formas de avaliação e compreensão é necessário para conhecer a situação de letramento da sociedade e a partir disso criar estratégias para a mudança de atitude e o aumento no nível de letramento desses indivíduos.

As questões abordadas nesta pesquisa, contudo, poderão contribuir para a compreensão de quedas na vida dos idosos, uma vez que suas consequências físicas, emocionais e sociais, podem ser evitadas, por meio de medidas preventivas que abordem a educação em saúde na prevenção de acidentes por queda, nos cuidados com a saúde dos idosos. É importante considerar o preparo e o compromisso da equipe de saúde para um cuidado integrado com o reconhecimento das necessidades de cada indivíduo e seu contexto inserido visando a promoção e prevenção de forma ampliada e contextualizada.

REFERENCIA

ALBUQUERQUE, Juliana Peixoto. Prevalência e fatores associados à queda de idosos atendidos por um serviço de atenção domiciliar privado. 2014. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo horizonte, 2014.

ALENCAR, Fernanda. Silva. d'; SILVA, Priscilla. Sousa. Envelhecendo... Para viver só?. **Memorialidades**, n. 19, jan./jun., p. 101-117, 2013.

ALMEIDA, Alessandra Vieira. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan./jun., 2015.

ALVES, Viviane da Silva. et al. Atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na prevenção de quedas no idoso. **Revista Geriatria & Gerontologia**, v.6, n. 1, jan-mar, 2012.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, BRITISH GERIATRICS SOCIETY. Summary of the updated american geriatrics society/ british geriatrics society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. **J Am Geriatr Soc**; v. 59, n.1, p.148-157, 2011.

APOLINARIO, Daniel. et al. Short Assessment of health Literacy for Portuguese Speaking Adults. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n. 4, p. 702-11, 2012.

ARAUJO, Aíla Marôpo. et al. Perfil da mortalidade por quedas em idosos. **J. res.: fundam. Care. On line**, v.6, n.3, jul/set, p. 863-875, 2014.

BAIXINHO, Cristina Lavareda; DIXE, Maria dos Anjos. Construction and Validation of the Scale of Practices and behaviors of Institutionalized elderly to prevent falls. **Universal Journal of Public Health**, v. 4, p. 139-145, 2016

BAKER, David W. The meaning and the measure of health literacy. **J. Gen Intern Med**, v.21, n.8, p. 878-883, 2006.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Óbitos por causas externas [internet], 2008. In: BARBOSA, Keylla. Talitha. Fernandes. et al. Queda em idosos: associação com morbidade e capacidade funcional. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 7, n. 8, p. 5068-5075, 2013.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes. et al. Caracterização das quedas referidas por idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n.2, maio/ago , p. 168-175, 2014.

BARRET, Sharon. E.; PURYCAN, Jennifer. Sheen. Health Literacy: Improving quality of care in primary care settings. **Journal of Health care for the poor and Underserved**, v. 17, n 4, p. 690-692, 2006.

BIZERRA, Caio. Drummond. de Amorim. et al. Quedas de idosos: identificação de fatores de risco extrínsecos em domicílio. **J res. Fundam. Care. On line**, v. 6, n. 1, jan/mar, p. 203-212, 2014.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. DATASUS. Estatísticas Vitais. Óbitos por causas externas. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthim.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 22 dez. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasil. Portaria MS/ GM Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf. Acesso em: 22dez. 2016

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. 2 ed. Brasília: Editora Do Ministério Da Saúde, 2008.

CABERLON, Iride Cristofoli. Prevenção de quedas e fraturas na atenção à saúde do idoso no Rio Grande do Sul, Brasil. 2012. 153f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Pontifca Universidade Católica do RGS-PUCRS, Porto Alegre, 2012.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2009. In: Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 2 / organizadores: Jorge Abrahão de Castro, Herton Ellery Araújo. – Brasília: IPEA, 2012.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana leitão e. Como vive o idoso brasileiro?. In: Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARGOS, Mirela. Castro. Santos.; MACHADO, Carla. Jorge.; RODRIGUES, Roberto. do Nascimento. Percepção da solidão entre idosos residentes em domicílios unipessoais no município de Belo Horizonte. **Texto para discussão Nº 377**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2009.

CAMARGOS, Mirela. Castro; MACHADO, C.; NASCIMENTO, R. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 24, n. 1, p. 37-51, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v24n1/03.pdf>>. Acesso em: 12 Out. 2017.

CAMPOS, Marden. Barbosa.; BARBIERI, Alisson. Flávio. Considerações teóricas sobre as migrações de idosos. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p. S69-S84, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa, (1986). In Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Ottawa. Washington: OMS.

CARHERY-GOULART, Maria. Teresa. et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n. 4, p. 631-8, 2009.

CASTRO, Jorge Abrahão de. Situação da educação brasileira: avanços e problemas, 2012. In: Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 2. CASTRO, J. A.; ARAUJO, H. E (ORG.). Brasília: IPEA, 2012.

CHIANCA, Tânia Couto Machado. et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um centro de saúde de Belo Horizonte- MG. **Rev. Bras Enferm**, v. 66, n. 2, mar/abr, p. 234-40, 2013.

COLBERT, Alisson. M. Functional Health Literacy, Medication-Taking Self-Efficacy And HIV Medication Adherence. 2007. 289 f. Tese (Doctor of Philosophy) – Nursing Sector, University of Pittsburgh, Pittsburgh, 2007. In: PASSAMAI, Maria da Penha B. Letramento Funcional em saúde de adultos no contexto do sistema único de saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Universidade Estadual do Ceara. Fortaleza, 2012.

COSTA, Alice Gabrielle de Sousa. et al. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem- UFG**, v. 13, n.3, jul/set, p. 355-404, 2011.

CRUZ, Danielle Telles da. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n.1, p.138-146, 2012.

CUNHA, Madalena. et al. Literacia para a saúde, obesidade e hipertensão arterial- revisão integrativa da literatura. **Millenium**, n. 47, jun-dez, p. 111-128, 2014.

DANTAS, Eloá Lacerda. et al. Prevalência de quedas adscritos a estratégias de saúde da família do município de João pessoa, Paraíba. **Rev. APS**, v.15, n. 1, jan-mar ,p.67-75, 2012.

DAVIS Terry C. et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. **Fam Med**, v. 25, p. 391–395, 1993.

DEBERT, Guita. Grin. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999, 234p.

EFFING, Tanja W.; WILLIAM, Marie T.; FRITH, Peter A. Health literacy: How much is lost in translation?. **Chronic Respiratory Disease**, v.10, n. 2, p. 61-63, 2013.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; COSTA JÚNIOR, Moacyr. Lobo. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FELICIANI, Ariane Minussi; SANTOS, Silvana Sidney Costa.; VALCARENGHI, Rafaela. Vivian. Funcionalidade e quedas em idosos institucionalizados: propostas de ações de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.16, n.4, Out-dez , p. 615-21, 2011.

FERNANDES, Patrícia. Literacia em saúde: contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS- Newest Vital Sign. 2012. 89f. Dissertação (Mestre em Psicologia) - Instituto Universitário Ciências psicológicas, sociais e da vida- ISPA, Portugal, 2012.

FERREIRA NETO, Carolina Justus Bruhrer. et al. Avaliação dos riscos de queda de pacientes em uso de medicamentos prescritos em hospital universitário. **Rev. Bras Enferm**, v. 68, n.2, mar-abr , p. 305-10, 2015.

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva. et al. A visão do envelhecimento, da velhice e do idoso veiculada por livros infanto-juvenis. **Saúde e Soc.**, v. 24, n. 3, p.1061-75, 2015.

FERREIRA, Nayara Cristina; CAETANO, Fabricia Moura; DAMÁZIO, Laila Cristina Moreira Correlação entre mobilidade funcional, equilíbrio e risco de quedas em idosos com doença de Parkinson. **Geriatrics e Gerontologia**, v. 5, n. 2, p. 74-79, abr. mai. jun. 2011.

FHON, Jack Roberto Silva et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]**. v. 20, n.5, set-out, 2012.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. de. Método e metodologia na pesquisa científica. São Paulo: Yendis, 2007.

FOLSTEIN, Marshal.F.; FOLSTEIN, Susan. E.; MCHUGH, Paul. R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinican. **Journal f Psychiatry Research**. v.12, n.3, p. 189-198, 1975.

FREITAS, Ronaldo de. et al. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Rev. Bras. Enferm, Brasília**, v. 64, n.3, p. 478-85, 2011.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio. Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.3, p. 565-574, 2007.

ILHA, Silomar. et al. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. **J. res.: fundam. care. online** v. 8, n.2, p.4231-4242, 2016.

INDICADOR DE ALFABETISMO FUNCIONAL- (INAF). Estudo especial sobre alfabetismo e mundo do trabalho. 2016. Disponível em: <hptt: //www.ipm.org.br>. Acesso em 23 Ago. 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: National Academies Press, 2004.

INSTITUTE OF EDUCATION SCIENSES. National Center for Education Statistic (NAAL). 2004 . Disponivel em: <https://nces.ed.gov/naal/index.asp>. Acesso em: 21 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (2011). Censo Demográfico 2010. [Publicado em 2011]. Disponível em: www.ibge.gov.br>. Acesso em 09 Out. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 15 Jul 2016.

JOVIC-VRANES, Aleksandra; BJEGOVIC-MIKANOVIC, Vesna; MARINKOVIC, Vesna. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. **Journal of Public Health**, Bethesda, v. 31, n. 4, p. 490–495, 2009.

KLEIMAN, Ângela. Os significados do letramento. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

KUZNIER, Tatiane. Prette. et al. Fatores de risco para quedas descritos na Taxonomia da NANDA-I para uma população de idosos. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 5, n.3, p. 1855-1870, 2015.

KWAN, Brenda.; FRANKISH, Jim.; ROOTMAN, Irv. et al. The Development and Validation of Measures of Health Literacy in Different Populations. 2006. 204p. Vancouver/Victoria: Institute of Health Promotion Research and Centre for Community Health Promotion Research, 2006.

LAMELA, Diogo.; BASTOS, Alice. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. **Psicologia & Sociedade**; v. 24, n.3, p. 684-690, 2012.

LEITE, Renata Antunes Figueiredo. et al. Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public service. **Interface (Botucatu)**; v. 18, n.51, p.661-71, 2014.

LIRA, Ana Claudia Carvalho. et al. Saúde, Envelhecimento e representações sociais. **R. pesq.: cuid. Fundam. Online**, v. (Ed. Supl.), dez, p. 176-183, 2011.

LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus. et al. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem Referencia III série**, n.6, Mar.2012.

LOURENÇO Roberto A.; VERAS Renato P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**; v. 40, n.4, p.712-719, 2006.

LUÍS, Luís Francisco Soares Universidade Literacia em saúde e alimentação saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos. 2010. 277f. Tese (Doutorado em Saúde Publica) - Nova de Lisboa. Escola Nacional de saúde Pública. Lisboa, 2010.

MACIEL, Arlindo. Falls in the elderly: a public health problem unknown by the community and neglected by many health professionals and by Brazilian Health authorities. **Revista de Medicina**, v.20, n. 4, p. 554-557, 2010.

MALAQUIAS, Tatiana da Silva Melo; Rosas, Ann Mary Machado Tinaro Feitosa. Reflexão sobre as práticas educativas do enfermeiro no programa Saúde da família. VOOS Revista Polidisciplinária Eletrônica da Faculdade Guairará, v. 2, n. 1, p. 03-23, 2010.

MALDONADO, Maria de Luz M. ; MUÑOZ, E. C. ; NÚÑEZ, V. M. M. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. **BMC Public Health** 2007; 7:276. In: MALLMANN, D. G. et al.. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n. 6, p.1763-1772, 2015.

MALLMANN, Danielli. Gavião. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1763-1772, 2015.

MANCUSO, Josephine. Health Literacy: Concept/ dimensional analysis. **Nursing e Health Sciences**, v. 10, n.3, p. 248-255, 2008.

MACHADO, Ana Larissa Gomes. et al. Letramento em saúde e Envelhecimento: foco em condições crônicas em saúde. **Investigação qualitativa em saúde**, v.2, p. 187-192, 2014.

MARAGNO, Carla Andréia Daros. Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso. 2009. 41f. Dissertação (Mestrado em Ciências farmacêuticas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto alegre, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. Ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

MONTEIRO, Maria Margarida Meneses de Carvalho Finuras. A literatura em saúde. 2009. 103f. Dissertação (Mestrado em ciência da Educação) - Universidade Lusófona de humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2009.

MORAES, Katarinne Lima. Conhecimento e letramento funcional em saúde de pacientes em tratamento pré-dialítico de um hospital de ensino. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2014.

MORAIS, Maria da Piedade; CARVALHO, Carlos Henrique; REGO, Paulo Augusto. Condições de moradia, saneamento básico e mobilidade urbana no Brasil: evidências a partir da PNAD 2009. In: Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 2. CASTRO, J. Abrahão; ARAUJO, Herton Ellery (ORG.). Brasília: IPEA, 2012.

NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NUTBEAM, Donald. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, v.5, n.3, p. 259-267, 2000.

NUTBEAM, D. Health literacy: What do we know? Where do we go?. In Health Literacy: International Union for Health Promotion and Education Conference. Vancouver British Columbia: IUHPE, 2007. In: FERNANDES, Patricia. Literacia em saúde: contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS- Newest Vital Sign. 2012. 89f. Dissertação (Mestre em Psicologia) - Instituto Universitário Ciências psicológicas, sociais e da vida- ISPA, Portugal, 2012.

Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? **Int Public Health J [Internet]**. v. 54, n.5, p. 303-5, 2009.

OLIVEIRA, Danilo Ulisses de. Avaliação de quedas em idosos hospitalizados. 2014. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

OLIVEIRA, I. et al. Saberes, imaginários e representações presentes nas práticas sociais cotidianas de jovens, adultos e idosos das comunidades ribeirinhas do município de São Domingos do Capim – Pará. Relatório de Pesquisa. Belém: CCSE-UEPA, 2003. In: SOUSA, Fabianne de Jesus de, ANDRADE, Fabiana do Socorro de, SILVA, Maria do Perpetuo Socorro Dionísio Carvalho da. A cultura amazônica e sua aplicação nas práticas de educação em saúde e enfermagem. **Rev Cuid** , v. 6, n.2, p. 1103-7, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. Tradução: Letícia Maria de Campos. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Growing Older. Staying well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life. Preparado por Heikkinen RL. Genebra, 1998.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia clínico para atención primaria o las personas mayores. 3 ed. Washington: OPAS, 2003.

PAIXÃO JUNIOR, Carlos. Montes.; HECKMAN, Marianela. F. de. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. et al, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PALMA, Cidália Maria Teixeira Santos da. Projeto de intervenção comunitária. Quedas nos idosos: do risco à prevenção. 2012. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em saúde comunitária)- Instituto Politécnica de Beja. Escola Superior de saúde, Beja, 2012.

PAPALEO NETTO, Matheus. Tratamento de gerontologia. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

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

PASKULIN Lisiane Manganelli Girardi. et al. Adaptation of an instrument to measure health literacy of older people. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n.2, p. 271-7, 2011.

PASKULIN, Lisiane. Manganelli. Girardi. et al. Alfabetização em saúde de pessoas idosas na atenção básica. **Acta paul Enferm.** v. 25, p. 129-35, 2012.

PASSAMAI, Maria da Penha Baião. Letramento Funcional em saúde de adultos no contexto do sistema único de saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Universidade Estadual do Ceara. Fortaleza, 2012.

PASSAMAI, Maria. da Penha. Baião. et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface- Comunic., saúde, Educ.**, v. 16, n.41, abr/jun, p. 301-14, 2012.

PAULA JÚNIOR, Newton Ferreira de; SANTO, Silvia Maria Azevedo dos. Epidemiologia do evento queda em idoso: traçado histórico entre os anos de 2003 e 2012. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2017.

PAULO, Maira Andrade; WAJNMAN, Simone.; OLIVEIRA, Ana Maria Camilo Hermeto de. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. **R. bras. Est. Pop.**, v. 30, Sup., p. S25-43, 2013.

PEIXOTO, Clarisse Ehlers. Histórias de mais de 60 anos. **Dossiê Gênero e Velhice**, p. 148-158, 1997.

PELLEGRINI FILHO, Alberto.; ROVERE, Mario Filho. Novos modos de produção e disseminação da informação e conhecimento para apoiar políticas públicas. 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/2011/08/novos-modos-de-producao-e-divulgacao-da-informacao-e-conhecimento-para-apoiar-politicas-publicas/>.

PEREIRA, Fernando Augusto, MIGUEL, Tania de Jesus Ventura; FERNANDES, Ana Catarina Ferreira. Factors, risks and consequences of falling in elderly long-term institutions. In: Comunicação Apresentada no VI Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade: Saúde, envelhecimento e políticas de cuidar. Chaves. Portugal, 2010.

PEREIRA-LLANO, Patrícia Mirapalheta. et al. A família no cuidado ao idoso após o acidente por quedas. **Rev Fund Care Online**, v. 8, n.3, jul/set, p.4717-4724, 2016.

PIMENTEL, Wendel Rodrigo Teixeira. et al. Quedas e qualidade de vida: associação com aspectos emocionais em idosos comunitários. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 9; n.2; p. 42-8, 2015.

PINHO, Tatyana Ataíde Melo. de. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em unidade básica de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n.2, p.320-7, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Análise de dados qualitativos. In: _____. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, p. 504-531, 2011.

RAMOS, Clariana Vitória. et al. Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul. **Revista Eletrônica de Enfermagem UFG**, v. 13, n.4, out/dez, p. 703-13, 2011.

RODRIGUES, Gabriel. Dias.; BARBEITO, Andressa Brasil; ALVES JUNIOR, Edmundo de Drummond. Prevenção de quedas no idoso: revisão da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v.10. n.59. Maio/Jun., p.431-437, 2016.

ROSA, Ana Elisa Sena Klein da. As expressões vivas de corpos idosos frente a queda. [Dissertação] Mestrado em Gerontologia. 2011. 127f. Pontifica Universidade católica de São Paulo, São Paulo,2011.

SANTOS, Luanda Thais Mendonça. et al. Letramento em saúde: importância na avaliação em nefrologia. **J Bras Nefrol.**; v. 34, n.3, p. 293-302, 2012.

SANTOS, Jussara da Silva. et al. Identificação de fatores de riscos de quedas em idosos e sua prevenção. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n. 2, p.53-59, 2013.

SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira. et al. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontologia: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n.3, p. 651-664, 2015.

SANTOS, Osvaldo. O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. **Endocrinologia, Diabetes & Obesidade**. v. 4, n. 3. jul-set, 2010.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. et al. Alterações estruturais numa instituição de longa permanência por idosos visando prevenção de quedas. **Rev. Rene**, v.12, n.4, p. 7-10, out-dez, 2011.

SELDEN, C. Health Literacy, January 1990 through 1999. National Institutes of Health, National Library of Medicine, 2000.

SILVA, Guilherme Henrique; ORFILA, Patricia. Praça Batista Campos e seu conforto ambiental: indagações a respeito da Praça do Girassóis e seus aspectos climatológicos. Percorrendo a História da Arquitetura de Belém. Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Tocantins, 2014.

SILVA, Juliana Paiva Góes. Da. et al. Consulta de enfermagem a idosos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n.1, Jan-Mar, 2015.

SILVA, Nathalia Victória Cezar e; BORGES, Maria Marta Marques de Castro. Perfil epidemiológico das mulheres idosas que apresentaram quedas na área de abrangência de uma superintendência regional de saúde. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste**, v. 7, n. 1, jul.-Ago. 2014.

SILVA, Natalia. Schuh Mariano da. et al. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informação utilizadas por idosos de Londrina (PR). **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 2,p.141-151, 2014.

SIMONDS, Scott. K. Health education as social policy. **Health educ. Manager.**, v. 2, n.1, suppl., p.1-10, 1974.

SPEROS, Carolyn L. Health literacy: concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, v. 50, p.:633–640, 2005.

SOARES, Magda. Letramento: um tema em três gêneros. 3. Ed. Belo Horizonte: autenticas editora, 2014.

SOARES, Magda. Letramento: um tema em três gêneros. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SOARES, Sergei. Distribuição de renda: 1995-2009, 2012. In: Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 2. CASTRO, Jorge Abrahão; ARAUJO, Herton. Ellery (ORG.). Brasília: IPEA, 2012.

SORENSEN, Kristine. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integrations of definitions and models. **BMC Public Health**, v.12, n.80, p. 1-12, 2012.

SOUSA, Ana Inês; SILVER, Lynn Die. Perfil sociodemografico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Esc. Anna Nery Rev Enferm., v. 12, n. 4, dez, p. 706-716, 2008.

SOUSA, Fabianne de Jesus de, ANDRADE, Fabiana do Socorro de, SILVA, Maria do Perpetuo Socorro Dionísio Carvalho da. A cultura amazônica e sua aplicação nas práticas de educação em saúde e enfermagem. **Rev Cuid** , v. 6, n.2, p. 1103-7, 2015.

SOUZA FILHO, Paulo Penha de. Condições de letramento no processo de envelhecimento: uma análise junto a idosos com mais de 65 anos. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios de comunicação) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2011.

SOUSA, Leilane Barbosa de; TORRES, Cibele Almeida; PINHEIRO, Patricia Neyva da Costa; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev enferm UERJ** , v. 18, n.1, p.55-60, 2010.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de. et al. Perfil de idosas que sofreram quedas em uma instituição de longa permanência. **R. Enferm. Cent. O. min**, v. 2, n.2. mai- ago, p. 200-227, 2012.

TAGGART, Jane. et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. **BMC Family Practice**, v. 1, june, 2012.

UNITED NATIONS. Living arrangements of older persons around the world. New York: United Nations, 2005.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - USDHHS. Health communication. In: US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES -

USDHHS. HEALTHY PEOPLE 2010. 2. ed. Washington (DC): US Government Printing Office, p.1-25, 2000.

VALCARENGHI, Rafaela Vivian. et al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n.6 p. 828-33, 2011.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**; v. 43, n.3, p. 548-54, 2009.

VIEIRA, Renata Alvarenga. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**; v. 29, n.8, p.1631-1643, 2013.

VOLPATO, Luciana Fernandes; MARTINS, Luis. Cândido.; MIALHE, Fábio Luiz Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? **Rev Cienc Farm Basica Apl.**, v.30, n.3, p.309-314, 2009.

WAJNMAN, Simone; MARRI, Izabel; TURRA, Cassio M. Os Argumentos de Proteção Social e Equidade Individual no Debate sobre Previdência e Gênero no Brasil. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais: As Desigualdades Sócio-Demográficas e os Direitos Humanos no Brasil. Caxambu- MG, 2008. p. 1-16.

WEISS, Barry D. et al. Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. **Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 6, p. 514-522, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health promotion: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization, 2000.

WOLF, Michael S. et al. Literacy and learning in health. **Pediatric.**, v. 124, n.3, p.5275-5281, 2009.

WOLF, Michael. S. et al. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. **Pat Educ Counse.**, v. 65, p.253–260, 2006.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES - WHCA. Health literacy: part 2. evidence and case studies, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who global report on falls prevention in older age.,2007. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html. Acesso em: 03 Out. 2016.

ZISBERG, Anna; GUR-YAISH, Nurit; SHOCHAT, Tamar. Contribution of Routine to Sleep Quality in Community Elderly. **SLEEP [Internet]**, v. 33, n. 4, p.509-14, 2010.

**APENDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezado (a) senhor (a),

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa realizada pela UFPA/Programa de Mestrado em Enfermagem, projeto intitulado: **“Letramento Funcional em saúde dos idosos acerca de acidentes por queda e sua prevenção”**. O objetivo desta pesquisa é “Conhecer o letramento em saúde dos idosos acerca de acidentes por queda e sua prevenção”. A pesquisa será realizada com os idosos frequentadores das Praças Públicas Batista Campos no bairro da Batista Campos e Bruno de Menezes no bairro de São Braz.

Sua participação é fundamental e contribuirá num futuro próximo para que as pessoas idosas possam contar com uma assistência mais dirigida e variada. Sua participação consistirá em fazer parte de uma entrevista com perguntas aberta e fechadas sobre prevenção de acidentes por quedas, propostos pela equipe de pesquisa formada pela enfermeira mestranda Aline Bento Neves, pela orientadora, Prof.^a Dra. Eliete da Cunha Araújo, pela co-orientadora, Prof.^a Dra. Lucia H. Takase Gonçalves.

Informamos que sua participação na pesquisa não resultará em riscos nem malefícios, sem ônus e sem remuneração. A equipe de pesquisa solicitará autorização aos participantes para gravar a entrevista. Caso haja, em algum momento, pedido do participante para não gravar, o pedido será atendido. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados, usados e publicados na elaboração da Dissertação de Mestrado (acima mencionado), porém com os devidos cuidados éticos. Os participantes desta pesquisa terão conhecimento do relatório da pesquisa, em momento programado, quando então eles irão confirmar e validar os resultados alcançados pela pesquisadora, como também oferecer retificação em alguns aspectos, que será acolhida pela pesquisadora antes da apresentação oficial da dissertação. Outras dúvidas que surgirem posteriormente, você poderá ser esclarecido entrando em contato por fone: (91) 98072-2889 ou e-mail: alinebentoneves@hotmail.com, com a pesquisadora principal, ou com a

coordenadora geral da pesquisa: Prof.^a. Dra. Eliete da Cunha Araújo por e-mail: eliteca@ufpa.br e fone: (91) 8242- 7248. Caso não queira falar com as pesquisadoras, mas com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do ICS/UFPA, poderá entrar em contato através do seguinte endereço: Complexo de Sala de Aula/ ICS – Sala 13 – Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 – Belém-Pará. Tel./Fax. 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br. Coordenação do CEP: Prof. Wallace Raimundo Araújo dos Santos.

Aline Bento Neves
(Pesquisadora Principal)

Eliete da Cunha Araújo
(Pesquisadora Responsável)

Prof.^a Dra. Lucia H. Takase Gonçalves
(Pesquisadora Responsável)

Consentimento Pós-Informação

Declaro que li e ouvi as informações acima sobre a pesquisa e me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre seu conteúdo, assim como sobre seus riscos e benefícios. Declaro por minha livre vontade, que desejo participar e cooperar na realização dessa pesquisa.

Belém PA, ___/___/2017.

Assinatura do (a) participante: _____

Nota: O presente TCLE é assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante da pesquisa.

ANEXO A: PARECER DO CEP

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: LETRAMENTO EM SAÚDE DOS IDOSOS ACERCA DE ACIDENTES POR QUEDA E SUA PREVENÇÃO.

Pesquisador: Aline Bento Neves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67861717.0.0000.0017

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.095.048

Apresentação do Projeto:

Segundo a autora, a relevância do estudo em questão se dá pelo fato de que existem poucos estudos brasileiros a respeito do tema, e os acidentes por quedas são eventos multifatoriais, de alta complexidade terapêutica, com inúmeros prejuízos tanto pessoais como sociais. A alta prevalência desse evento revela a importância da investigação dos fatores associados e de como a sua prevenção tem sido tratada pela educação em saúde. A autora propõe a seguinte questão de pesquisa: Qual o nível de esclarecimentos dos idosos acerca de acidentes por queda e sua prevenção?

Os acidentes por quedas são considerados evento de causas externas de mortes que são responsáveis por cinco milhões de mortes representando aproximadamente 9% da mortalidade mundial. No Brasil, esse evento é considerado a terceira causas de morte. Na região Norte no ano de 2014 o número de ocorrência desse evento foi de 13.327, sendo no estado do Pará 589 acidentes por quedas. O letramento em saúde está relacionado com o grau de escolaridade e implica o conhecimento, a motivação, as competências das pessoas em compreender e avaliar as informações da área da saúde para, assim, poderem tomar decisões sobre a promoção da saúde, prevenção de doenças e melhoria da sua qualidade de vida.

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

ANEXO B- MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

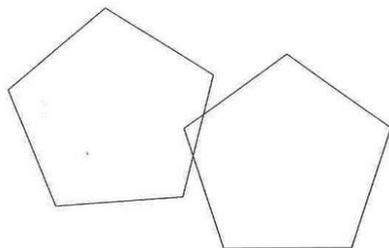
- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (___/30)

ANEXO C: INSTRUMENTO DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE

1. Data da entrevista: __/__/__

2. Horário de início:

3. Horário de término:

A. Dados de identificação do idoso

A1. Código:

A2. Idade (em anos completos):

A2a. Data de nascimento: __/__/____. (dd/mm/aaaa)

A3. Sexo: (1) masculino (2) feminino

A4. Estado conjugal: (1) solteiro (a)

(2) viúvo (a)

(3) casado (a)

(4) divorciado/separado

A5: Escolaridade: ____ (anos estudados)

A6: A qual grupo étnico/cultural sua família pertence? (Se citado mais de um, marcar)

(1) Ingleses

(2) Franceses

(3) Judeus

(4) brasileiros

(5) portugueses

(6) índios

(99) não sabe

() outros. Especifique _____

A7: Local de nascimento: (1) Belém

(2) interior do Pará

(3) outro estado, qual? _____

(4) outro país, qual? _____

Nós reconhecemos que muitas pessoas consideram as próximas questões relacionadas à renda como um assunto privado. O (a) senhor (a) pode responder ou não, porém a sua resposta vai nos ajudar a ter uma ideia sobre com quem falamos em nossas entrevistas.

Tenha certeza que o (a) senhor (a) não será identificado individualmente e nem esta informação será repassada para outras pessoas.

A8. Com quem o (a) senhor (a) mora?

A9. Quantas pessoas que moram com o (a) senhor (a) possuem renda própria, incluindo o (a) senhor (a)?

A10. Qual é a renda familiar aproximada mensal, considerando todos os rendimentos das pessoas que moram com o (a) senhor(a)? _____ salário (s) mínimo (s).

A11. E a sua renda em específico? _____ salário (s) mínimo (s)

A12. A residência do (a) senhor (a) é: () própria () alugada () cedida

A13. O Sr (a) participa do grupo de educação em saúde?

Tempo de participação no grupo: _____

Frequência no grupo: _____

B- QUESTÕES SOBRE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE

A partir deste momento, vamos gravar esta entrevista para que suas palavras sejam entendidas exatamente como o (a) Sr (a) as falou. Se não entender a pergunta nos informe, que a formularemos de outro modo. É importante dizer que não há resposta certa ou errada. Queremos saber sua opinião sobre as perguntas.

(B1) O que significa para você “envelhecimento saudável”?

Agora vamos falar sobre quedas em idosos, porque é uma situação importante de saúde no envelhecimento.

(B2) Há quanto tempo você tem pensado sobre quedas em idosos?

BUSCA POR INFORMAÇÕES EM SAUDE

(B3) Que dúvidas você tem ou tinha sobre quedas em idosos?

(B4) Qual foi o primeiro lugar onde você encontrou informações sobre as dúvidas que tem ou tinha quanto a quedas?

(B4a) Fale um pouco sobre como foi obter informações sobre quedas em idosos com _____.

(B4b) Por favor, utilize esta escala para responder a próxima questão. DE MODO GERAL, o quão satisfeito voce ficou com a informação adquirida sobre quedas em idosos que você procurou com _____ (*cite a fonte de informação referida anteriormente*)?

- () muito insatisfeito com a informação
- () insatisfeito com a informação
- () neutro (nem satisfeito nem insatisfeito com a informação)
- () satisfeito com a informação
- () muito satisfeito com a informação

(B5) Além da _____ (*cite a primeira fonte de informação*), em que OUTRAS fontes você procurou informações sobre quedas em idosos?

- 1 não procurou outra fonte de informação
- 2 procurou outras fontes

(B5a) Quais?

(B5b) Fale um pouco sobre como foi obter informações sobre quedas em idosos com _____ (cite as fontes de informação referidas anteriormente).

(B5c) Por favor, utilize esta escala para responder a próxima questão. DE MODO GERAL, o quão satisfeito você ficou com a informação adquirida sobre quedas em idosos que você procurou com _____ (Entrevistador: cite as fontes de informação referidas anteriormente)?

Fonte 2: _____ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito.

Fonte 3: _____ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito.

Fonte 4: _____ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito.

(B5d) Das fontes que o (a) Sr (a) utilizou para encontrar informações sobre quedas em idosos qual DELAS você achou que foi mais útil? Por que? (Entrevistador: cite as fontes por ele (a) relatadas).

(B6) Considerando as fontes de informações que você utilizou, em qual DESTAS fontes você confiou mais?

(B6a) Por que?

ENTENDENDO AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B7) De um modo geral, as informações que você encontrou sobre quedas em idosos foram:

() muito fácil de entender

- fácil de entender
- neutra, nem fácil nem difícil de entender
- difícil de entender
- muito difícil de entender

(B8) Você alguma vez percebeu que as informações sobre quedas em idosos não concordavam entre si?

(B9) Pensando em todas as informações que você já teve sobre quedas em idosos, com que frequência você ouviu palavras que não entendeu?

- nunca ouvi
- dificilmente ouvi
- ocasionalmente ouvi
- frequentemente ouvi qual? _____
- sempre ouvi qual? _____

(B9a) Nessa situação, o que você fez?

COMPARTILHANDO AS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

(B10) Com quem você falou/comentou que estava preocupado (a) sobre quedas em idosos?

(B11) De todas as coisas que você aprendeu sobre quedas em idosos, quais você considera mais importante para outros idosos saberem?

(B11a) Para quem você contou o que aprendeu sobre quedas em idosos?

(B11b) Ao compartilhar/dividir o que você aprendeu sobre quedas em idosos, você acha que essas informações fizeram diferença na vida dessa (a) pessoa (s) que você contou?

REPERCUSSÕES DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B12) A (s) informação (s) que você adquiriu fez (fizeram) alguma diferença para sua vida?

Sim ()

Não ()

(B12a) Quais?

(Entrevistador: se o Sr (a) participa do grupo de educação em saúde, questionar)

(B13) Participar do grupo _____ fez alguma diferença para sua vida?

Sim ()

Não ()

(B13a) Quais?