

## **Letramento em saúde e sua relação com a qualidade de vida, o relato de doenças crônicas e de dificuldade de acesso a serviços de saúde entre idosos**

**Health literacy and its relationship with quality of life, self-reported chronic diseases and difficulties for accessing health services among older adults**

**Alfabetización en salud y su relación con la calidad de vida, las enfermedades crónicas autodeclaradas y las dificultades para acceder a los servicios sanitarios entre los adultos mayores**

Recebido: 17/12/2021 | Revisado: 15/12/2021 | Aceito: 21/12/2021 | Publicado: 01/01/2022

### **Karen Miyamoto Moriya**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0197-7775>  
Universidade São Judas Tadeu, Brasil  
E-mail: karenmoriya@yahoo.com.br

### **Tatiana Ikeda Condo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5717-9131>  
Centro Universitário das Américas, Brasil  
E-mail: tatianaikeda92@gmail.com

### **José Maria Montiel**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0182-4581>  
Universidade São Judas Tadeu, Brasil  
E-mail: montieljm@hotmail.com

### **Gisele Garcia Zanca**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1841-5776>  
Universidade São Judas Tadeu, Brasil  
Centro Universitário das Américas, Brasil  
E-mail: gisele\_gz@yahoo.com.br

### **Resumo**

**Objetivo:** Investigar possíveis diferenças na qualidade de vida, percepção de dificuldade de acesso a serviços de saúde e presença de doenças crônicas em idosos com letramento em saúde (LS) adequado e inadequado. **Métodos:** Foram avaliados 30 idosos e coletados dados de escolaridade, percepção de dificuldade de acesso a serviços de saúde, ter plano de saúde suplementar, relato de quedas e de doenças crônicas. O LS foi avaliado por meio do Short Test of Functional Health Literacy in Adults e a qualidade de vida por meio do 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12). Os dados foram comparados entre grupos de idosos com LS adequado (n=15) e inadequado (n=15) utilizando testes t para amostras independentes, teste de Mann-Whitney e teste exato de Fisher, considerando significância de 5%. **Resultados:** Não houve diferença entre grupos quanto à escolaridade, escores físico e mental do SF-12. O grupo com LS inadequado apresentou percepção de menor limitação no trabalho ou outras atividades devido à saúde física; percepção de menor dificuldade de acesso a serviços de saúde; e maior proporção não sabia informar se apresentava doenças crônicas. **Considerações finais:** Não houve diferença na qualidade de vida, avaliada a partir das percepções de limitações e dificuldades devido à saúde física e mental, entre idosos com LS adequado e inadequado. No entanto, idosos com LS inadequado parecem apresentar percepção de menor dificuldade relacionada ao trabalho e acesso a serviços de saúde e menor conhecimento sobre a presença de doenças crônicas.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Promoção da saúde; Letramento em saúde; Doença crônica; Qualidade de vida.

### **Abstract**

**Purpose:** To investigate possible differences on quality of life, self-reported chronic diseases and difficulties to access health services between older adults with adequate and inadequate health literacy (HL) Methods: Thirty older adults were assessed, and the following data were collected: years of education, perception of difficulties to access health services, health insurance, falls, self-reported chronic diseases. The Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) was used to assess HL and the 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) to assess QoL. Data were compared between groups with adequate (n=15) and inadequate (n=15) HL using t-tests for independent samples, Mann-Whitney tests and Fisher Exact test, at a significant level of 5%. **Results:** There was no between-groups difference regarding years of education and SF-12 mental and physical scores. The group with inadequate HL presented perception of less limitation at work or other activities; perception of less difficulty to access health services; and a higher proportion that reported not knowing if they presented chronic diseases. **Final considerations:** There was no difference between older adults with adequate and inadequate HL regarding quality of life related to the

perceptions of limitations and difficulties due to physical and mental health. However, older adults with inadequate HL seem to present a perception of fewer difficulties at work and for accessing health services, besides lower knowledge about presenting chronic diseases.

**Keywords:** Aging; Health promotion; Health literacy; Chronic disease; Quality of life.

### Resumen

**Objetivo:** Investigar posibles diferencias en la calidad de vida, enfermedades crónicas autoinformadas y dificultades para acceder a los servicios de salud entre adultos mayores con una alfabetización en salud (AS) adecuada e inadecuada. **Métodos:** Se evaluaron 30 adultos mayores y recolectaron datos sobre educación, percepción de dificultad para acceder a los servicios de salud, seguro médico, caídas, enfermedades crónicas. Se utilizó lo Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) para evaluar el AS y lo 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) para evaluar la CdV. Los datos se compararon entre grupos con AS adecuado (n=15) e inadecuado (n=15) utilizando pruebas t para muestras independientes, pruebas de Mann-Whitney y prueba exacta de Fisher, considerando una significancia del 5%. **Resultados:** No hubo diferencias entre los grupos con respecto a los años de educación y las puntuaciones mentales y físicas del SF-12. El grupo con AS inadecuada presentó percepción de menor limitación en el trabajo u otras actividades; percepción de menor dificultad para acceder a los servicios de salud; y una mayor proporción que refirió no saber si presentaban enfermedades crónicas. **Consideraciones finales:** No hubo diferencia entre adultos mayores con AS adecuado e inadecuado en cuanto a la calidad de vida relacionada con la percepción de limitaciones y dificultades debidas a la salud física y mental. Sin embargo, los adultos mayores con LH inadecuado parecen presentar una percepción de menores dificultades en el trabajo y para acceder a los servicios de salud, además de un menor conocimiento sobre la presentación de enfermedades crónicas.

**Palabras clave:** Envejecimiento; Promoción de la salud; Alfabetización em salud; Enfermedad crónica; Calidad de vida.

## 1. Introdução

O Letramento em Saúde (LS) consiste na capacidade de um indivíduo em acessar, compreender e utilizar informações sobre saúde, para promover e manter uma boa saúde (World Health Organization, 1998). Ao contribuir para a prevenção de doenças e agravos, um nível adequado de LS também pode contribuir para a diminuição da morbidade e mortalidade (Guzys et al., 2015). Estudos sugerem que grande parte da população brasileira apresenta LS inadequado e há indícios de que estes déficits sejam ainda maiores na população idosa (Carthery-Goulart et al., 2009; Costa et al., 2019), interferindo no cuidado com doenças crônicas (Costa et al., 2019; Lima et al., 2019) e necessitando, portanto, de maior atenção por parte dos profissionais de saúde (Bandeira et al., 2021; Rodrigues et al., 2021).

O LS tem potencial relação com qualidade de vida (QV) em seus diferentes aspectos (Lee & Oh, 2020). A QV pode ser considerada como a satisfação do indivíduo com sua posição de vida, cultura e valores em relação aos seus objetivos e visões a respeito dela (World Health Organization, 1998). Trata-se de um amplo construto devido à complexidade com que aborda diversas áreas da vida do indivíduo, como saúde, felicidade, estilo de vida, satisfação pessoal, renda e outros aspectos (Campolina et al., 2018; Pereira et al.,). Na população idosa, a QV pode ser afetada devido ao declínio fisiológico, menor participação social e vida profissional e ao aumento de comorbidades (Molina et al., 2020).

Os aspectos relativos à escolaridade e ao aprendizado ao longo da vida são fatores que contribuem para uma melhor QV (Jesus et al., 2018). Além disso, idosos com menor escolaridade tendem a apresentar mais problemas de acesso a serviços de saúde (Almeida et al., 2017), o que pode acarretar mais complicações em sua saúde, além de apresentar maior prevalência de internações devido a doenças crônicas (Malta et al., 2017). É possível que estas relações estejam associadas a menores níveis de LS, pois sabe-se que a escolaridade pode influenciar o LS (Romero et al., 2018), apesar de não ser um fator determinante, visto que indivíduos com alto nível de escolaridade também podem apresentar LS inadequado (Rodrigues et al., 2017). A hipótese deste estudo foi que idosos com LS inadequado apresentariam pior QV, maior dificuldade de acesso a serviços de saúde e maior presença de doenças crônicas. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar possíveis diferenças na QV, percepção de dificuldade de acesso a serviços de saúde e presença de doenças crônicas entre idosos com LS adequado e inadequado.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, transversal, a partir de uma amostra por conveniência (Portney & Watkins, 2009), recrutada em igrejas e centros de convivência para idosos. Os critérios de inclusão foram idade igual ou maior a 60 anos, de ambos os sexos, e relatar saber ler e escrever. Os critérios de exclusão foram déficits visuais ou auditivos não corrigidos; indivíduos com câncer, amputações e úlceras vasculares ou de pressão; doenças ou sequelas neurológicas; limitação cognitiva, evidenciada pelo teste do relógio. O teste do relógio foi utilizado por sua rápida execução e por não demandar habilidades educacionais primárias, sendo útil para rastreamento cognitivo breve com menor influência da escolaridade (Atalaia-Silva & Lourenço, 2008). Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo (parecer de aprovação 3.061.690) e foi desenvolvido nos termos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. No momento em que foram convidados a participar do estudo, os idosos receberam explicações sobre os objetivos e procedimentos, bem como sobre os possíveis riscos e benefícios envolvendo sua participação. Os idosos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes responderam a um questionário inicial cujas variáveis incluíam idade, escolaridade, percepção de dificuldade de acesso a serviços de saúde, se possuíam plano de saúde suplementar, número de quedas e relato de doenças crônicas. O LS foi avaliado por meio do *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA) (Baker et al., 1999; Carthery-Goulart et al., 2009). Este instrumento é constituído por 36 itens que avaliam compreensão de leitura e quatro itens que avaliam habilidades numéricas, envolvendo assuntos que podem ser rotineiramente encontrados no contexto dos serviços de saúde, como orientações para exame diagnóstico, termos de responsabilidade, agendamento de consultas, administração de medicamentos. A avaliação de compreensão de leitura envolve escolher qual termo, dentre quatro listados, é o mais adequado para preencher lacunas em um texto para que ele tenha sentido. As habilidades numéricas são testadas a partir da interpretação de números e cálculos simples no contexto da saúde. Para esta avaliação, foram utilizadas caixas de medicamentos com etiquetas coladas nos rótulos com orientações de administração e simulado um cartão de agendamento de consulta (Magnani, Condo, Oliveira, & Zanca, 2020). Foi calculado o escore total do S-TOFHLA, que pode variar de 0 a 100 pontos. Escores menores ou iguais a 53 são classificados como LS inadequado; maiores ou iguais a 67 são classificados LS adequado; e entre 54 e 66 são classificados como limítrofe (Carthery-Goulart et al., 2009).

A QV foi avaliada por meio do questionário genérico *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12), uma versão resumida do SF-36, adaptado e validado para o português do Brasil e que apresenta boas propriedades psicométricas (Silveira et al., 2013). Este instrumento é composto por 12 itens sobre as percepções do indivíduo sobre sua saúde, dificuldades e limitações nas últimas quatro semanas. A partir do SF-12 foram calculados dois escores: um componente físico e outro componente mental. Quanto maior a pontuação, melhor é a QV (Ohrnberger et al., 2020).

A análise estatística foi realizada utilizando o software SPSS versão 17. Os idosos foram divididos em dois grupos: com LS adequado e com LS inadequado. Os dados numéricos foram inicialmente analisados quanto à sua distribuição por meio do teste de Shapiro-Wilk. Os dados que apresentaram distribuição normal foram comparados entre os grupos por meio de teste t para amostras independentes e os dados que não apresentaram distribuição normal, foram comparados entre grupos por meio de teste de Mann-Whitney. A proporção das variáveis categóricas em cada grupo, incluindo as respostas de cada item do SF-12, foi analisada por meio do teste Exato de Fisher. Foi considerado um nível de significância de 5% para as análises.

## 3. Resultados

Foram incluídos no estudo 30 idosos, sendo 20 mulheres e 10 homens. Dois idosos apresentaram pontuação na faixa de LS limítrofe, segundo o S-TOFHLA (62 e 64 pontos). Considerando que a pontuação obtida por estes participantes foi mais

próxima da faixa de LS adequada, estes foram incluídos no grupo de LS adequado para as análises. O escore médio do S-TOFHLA foi  $23,6 \pm 17,2$  para o grupo de LS inadequado e  $85,4 \pm 13,7$  para o grupo com LS adequado.

Os dados dos idosos cujo LS foi classificado como adequado e inadequado são apresentados na Tabela 1. Não houve diferença significativa entre os grupos com relação à idade, escolaridade, proporção de homens e mulheres, possuir plano de saúde suplementar, número de quedas, escores do SF-12. Quando questionados sobre a dificuldade de acesso a serviços de saúde, os idosos com LS adequado relataram ter dificuldade de acesso com maior frequência que idosos com LS inadequado. Com relação à presença de doenças crônicas, no grupo com LS adequado, todos os idosos souberam responder se apresentavam alguma doença crônica e a maioria relatou ter pelo menos uma. Por outro lado, entre os idosos com LS inadequado, 40% relataram não saber informar se apresentavam doenças crônicas.

**Tabela 1:** Dados dos participantes com letramento em saúde (LS) adequado e inadequado e comparações entre grupos.

	LS inadequado (n=15)	LS adequado (n=15)	p
Idade (anos)	73 $\pm$ 5,2	79 $\pm$ 7,5	0,14*
Escolaridade (anos)	7,7 $\pm$ 2,9	9,5 $\pm$ 4,9	0,27†
Mulheres (%)	45	55	0,44#
Possui plano de saúde (%)	47	53	0,72#
Dificuldade de acesso a serviços de saúde (%)	26,7	73,3	0,009#
Relato de queda nos últimos 12 meses (%)	20	6,7	0,59#
Relato de doenças crônicas (%)	Sim: 40%; Não sabe: 40%	Sim: 80%; Não sabe: 0%	0,025#
SF-12 - Componente físico	44,3 $\pm$ 8,9	38,1 $\pm$ 11,4	0,11*
SF-12 - Componente mental	49,30 $\pm$ 8,2	51,4 $\pm$ 5,9	0,44*

Notas: \*Teste t para amostras independentes; †Teste de Mann-Whitney; #Teste exato de Fisher. Fonte: Autores.

Quando os itens do SF-12 foram analisados individualmente (Tabela 2), o item referente a limitação no trabalho ou outras atividades devido à saúde física apresentou diferença significativa entre os grupos, sendo que o grupo com LS adequado relatou maior frequência de dificuldade. O item relacionado ao “tempo que tem se sentido calmo ou tranquilo” também apresentou diferença estatística entre grupos, porém não foi considerada expressiva, uma vez que 60% ou mais dos participantes de ambos os grupos relataram sentir-se calmo ou tranquilo “todo o tempo” ou “a maior parte do tempo” nas últimas quatro semanas.

**Tabela 2:** Número e percentual de respostas de cada item do SF-12 nos grupos de idosos com letramento em saúde (LS) inadequado e adequado e valor de p do Teste Exato de Fisher.

Item do SF-12	LS inadequado	LS adequado	p
<b>1. Em geral, você diria que sua saúde é:</b>			
Excelente	4 (27%)	1 (6%)	0,46
Muito Boa	0 (0%)	1 (7%)	
Boa	9 (60%)	11 (70%)	
Ruim	2 (13%)	2 (13%)	
<b>2. Dificuldade para fazer atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa</b>			
Sim. Dificulta muito	4 (27%)	5 (33%)	0,81
Sim. Dificulta pouco	6 (40%)	4 (27%)	
Não. Não dificulta de modo algum	5 (33%)	6 (40%)	
<b>3. Dificuldade para subir vários lances de escada</b>			
Sim. Dificulta muito	7 (47%)	6 (40%)	0,8
Sim. Dificulta pouco	6 (40%)	5 (33%)	
Não. Não dificulta de modo algum	2 (13%)	4 (27%)	
<b>4. Realizou menos tarefas do que de gostaria? (devido à saúde física)</b>			
Não	8 (53%)	6 (40%)	0,71
Sim	7 (47%)	9 (60%)	
<b>5. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? (devido à saúde física)</b>			
Não	11 (73%)	4 (27%)	0,02*
Sim	4 (27%)	11 (73%)	
<b>6. Realizou menos tarefas do que de gostaria? (devido à saúde emocional)</b>			
Não	5 (33%)	7 (47%)	0,71
Sim	10 (67%)	8 (53%)	
<b>7. Esteve limitado ao seu tipo de trabalho ou em outras atividades? (devido à saúde emocional)</b>			
Não	10 (67%)	10 (67%)	1,00
Sim	5 (33%)	5 (33%)	
<b>8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a presença de dor interferiu com o seu trabalho normal (fora de casa e dentro de casa)?</b>			
De maneira alguma	10 (67%)	3 (20%)	0,076
Um pouco	2 (13%)	6 (40%)	
Moderadamente	1 (7%)	3 (20%)	
Bastante	2 (13%)	3 (20%)	
<b>9. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?</b>			
Todo o tempo	10 (67%)	3 (20%)	0,009*
A maior parte do tempo	0 (0%)	6 (40%)	
Uma boa parte do tempo	2 (13%)	4 (27%)	
Alguma parte do tempo	3 (20%)	2 (13%)	
<b>10. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?</b>			
Todo o tempo parte do tempo	6 (40%)	1 (7%)	0,13
A maior parte do tempo	3 (20%)	5 (33%)	
Uma boa parte do tempo	3 (20%)	2 (13%)	
Alguma parte do tempo	3 (20%)	4 (27%)	
Uma pequena parte do tempo	0 (0%)	3 (20%)	
<b>11. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?</b>			
A maior parte do tempo	0 (0%)	1 (7%)	0,70
Uma boa parte do tempo	5 (33%)	2 (13%)	
Alguma parte do tempo	1 (7%)	2 (13%)	
Uma pequena parte do tempo	5 (33%)	5 (33%)	
Nunca	4 (27%)	5 (33%)	
<b>12. Durante as últimas quatro semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais?</b>			
Todo o tempo	2 (13%)	0 (0%)	0,40
A maior parte do tempo	4 (27%)	2 (13%)	
Alguma parte do tempo	2 (13%)	3 (20%)	
Uma pequena parte do tempo	7 (47%)	10 (67%)	

Nota: \*p<0,05 indicando diferença significativa na proporção entre os grupos. Fonte: Autores.

#### 4. Discussão

Os resultados deste estudo não demonstraram relação entre os níveis de QV e o LS em idosos. A QV foi avaliada por meio do SF-12, um instrumento amplamente utilizado (Souza, Borges, & Moreira, 2016), que contém questões com o foco nas

limitações e dificuldades que o indivíduo encontra devido à sua saúde física e mental, para realizar atividades de vida diária e trabalho. No entanto, a QV é um conceito subjetivo, que não pode ser definido apenas pela ausência de dificuldades e limitações físicas e mentais, visto que envolve uma série de fatores, dentre eles, felicidade e bem-estar, condição de vida, autonomia, aspectos socioeconômicos e psicológicos. Sendo assim, avaliar QV é um desafio, pois trata-se de um constructo amplo e complexo (Pereira et al., 2012).

Uma revisão sistemática com meta-análise, cujo objetivo foi identificar a relação entre LS e QV, encontrou correlação moderada entre estes fatores, mas reforçou a necessidade de mais estudos sobre este tema, considerando a grande heterogeneidade entre os estudos (Zheng et al. 2018). Dentre os 23 estudos incluídos, apenas três avaliaram especificamente a população idosa e apresentaram correlação de baixa a moderada entre LS e QV (Zheng et al. 2018). Estudos realizados com a população idosa e publicados após esta revisão também parecem não apresentar consenso. Hu et al. (2019) não encontraram relação entre a QV relacionada à saúde, avaliada por meio do SF-36, e o LS específico para conhecimento sobre Diabetes Mellitus em idosos na China. Por outro lado, um estudo com idosos institucionalizados, no Irã, demonstrou que correlação significativa, embora fraca, entre os níveis de LS e a QV (Aryankhesal et al. 2019). Um aspecto relevante com relação ao estudo de Aryankhesal et al. (2019) é que a QV foi avaliada por meio de um instrumento que envolve quatro domínios: autonomia, controle, realização pessoal e prazer. Rocha, Rocha e Lemos (2017) encontraram associação entre o LS e a QV social e escolar de adolescentes, mas não quanto à QV nos domínios físico e emocional. É possível, portanto, que o LS em idosos também tenha associação com outros aspectos da QV, não relacionados diretamente à saúde mental e física. No processo de envelhecimento, as pessoas, por vezes, conformam-se mais com sua condição física do que em outras fases da vida; devido ao senso de finitude, algumas situações e condições são consideradas mais aceitáveis na velhice (Giacomin et al., 2013). Sendo assim, sugere-se que futuros estudos investiguem a relação do LS com outros aspectos da QV em idosos.

Como os escores dos componentes físico e mental do SF-12 não apresentaram diferença entre os grupos, optamos por analisar os itens individualmente, para uma investigação mais detalhada. Nesta análise, observamos que os idosos com LS inadequado apresentaram percepção de menor limitação no trabalho ou outras atividades devido à saúde física. Outro estudo recente com idosos brasileiros não identificou relação em o LS e a capacidade de realizar atividades básicas de vida diária (Bandeira et al., 2021). O mesmo estudo encontrou uma correlação significativa, porém baixa, entre o LS e atividades instrumentais de vida diária. A literatura sugere que indivíduos com LS inadequado podem ter menor percepção de suas disfunções (Speros, 2005). Esse aspecto corrobora com o achado de que grande parte dos idosos com LS inadequado no presente estudo não sabia informar se apresentava doenças crônicas. Um estudo realizado com idosos hipertensos na Atenção Básica à Saúde identificou maior prevalência de LS inadequado em idosos que apresentavam controle inadequado da pressão arterial comparados aos idosos que apresentavam controle adequado (Costa et al., 2019). Por ter menor percepção sobre sua condição de saúde, indivíduos com déficits no LS podem não compreender suas doenças e agravos, comprometendo, assim, a adesão a intervenções e seus resultados (Hu et al., 2019; Rodrigues et al., 2021). É possível que as pessoas com LS inadequado, além de ter problemas em gerenciar suas doenças crônicas, podem também não saber se apresentam tais condições, um ponto importante para ser investigado em futuros estudos.

Outro achado deste estudo, que pode estar relacionado ao anterior, foi que os idosos com LS inadequado apresentaram percepção de menor dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Já foi relatado que adultos com maior escolaridade utilizam mais os serviços de saúde (Mendoza-Sassi & Béria, 2001) e também procuram mais por motivo de prevenção (Arruda et al., 2018), talvez por reconhecerem melhor as condições de sua própria saúde que necessitam de atenção (Almeida et al., 2017; Arruda et al., 2018). Embora os estudos anteriores tenham avaliado a escolaridade e não o LS, sabe-se que existe associação entre estes fatores e que indivíduos com menor escolaridade apresentam pior LS (Marques et al., 2018), apesar de um fator não determinar o outro (Guzys et al., 2018; Molina et al., 2020). Portanto, é possível que os idosos com LS adequado também



busquem mais os serviços de saúde e, assim, tenham maior percepção das barreiras de acesso existentes. É importante destacar que não houve diferença nos anos de escolaridade entre os idosos com LS adequado e inadequado no presente estudo. Portanto, os resultados encontrados podem ser atribuídos, de fato, ao nível de LS, independente da escolaridade.

Estratégias que promovam melhoria do LS de idosos e que busquem aprimorar a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários são fundamentais, considerando os impactos negativos que a compreensão inadequada sobre sua condição de saúde, cuidados e direitos apresentam na saúde do indivíduo. Indivíduos com melhor LS percebem melhor sua condição de saúde, contribuindo para maior autonomia e autocuidado (Giacomin et al., 2013). Além disso, intervenções são mais efetivas quando existe boa comunicação entre os profissionais e as pessoas assistidas (Voigt-Barbarowicz & Brütt, 2020). Sendo assim, os profissionais de saúde devem propiciar condições adequadas para instrumentalização de saberes (Rodrigues et al., 2021).

O presente estudo apresenta algumas limitações. Não foi avaliada a renda dos participantes, pois vários idosos se mostraram incomodados em responder a esta questão. Sabe-se que a renda pode interferir principalmente nas questões de acesso aos serviços de saúde (Campolina et al., 2018; Rocha et al., 2017). No entanto, como não houve diferença entre os grupos com relação à proporção de idosos com plano de saúde suplementar, a possível interferência da renda neste aspecto pode ter sido minimizada. Além disso, a escolaridade parece ser um indicador socioeconômico mais adequado que a renda familiar para a população idosa (Lima-Costa et al., 2016). Também devem ser consideradas as limitações com relação à amostra, recrutada por conveniência, e ao restrito tamanho amostral, o que compromete parcialmente as análises realizadas. Sendo assim, os resultados deste estudo não devem ser generalizados para toda população idosa brasileira. Novos estudos com amostras mais representativas da população idosa brasileira são necessários. O LS foi avaliado neste estudo no nível funcional, utilizando o S-THOFLA, um dos testes mais utilizados na literatura (Marques & Lemos, 2017), disponível em português (Carthey-Goulart et al., 2009) e que envolve situações cotidianas no contexto dos serviços de saúde. Este teste, no entanto, avalia apenas o nível funcional do LS. É importante reconhecer que a avaliação do LS também é complexa, por ser um construto amplo, e que os testes existentes apresentam lacunas para avaliação do letramento comunicativo e crítico em saúde (Marques & Lemos, 2017).

Os resultados deste estudo sugerem que o LS inadequado pode acarretar menor clareza sobre suas próprias condições de saúde, o que poderia ocasionar em falta de procura e/ou adequação de intervenções, e, assim, percepção de menor dificuldade de acesso a serviços de saúde. Esta hipótese, no entanto, necessita ser confirmada por estudos futuros, pois o presente desenho metodológico não permite inferir relações de causalidade. Sugere-se que futuros estudos longitudinais investiguem a relação entre os déficits no LS e o agravamento das condições crônicas em pessoas idosas no Brasil.

## **5. Considerações Finais**

Os achados deste estudo não demonstraram diferença na QV, avaliada a partir das percepções de limitações e dificuldades devido à saúde física e mental, entre idosos com LS adequado e inadequado. No entanto, idosos com LS inadequado parecem apresentar percepção de menor limitação de atividades devido à saúde física e de menor dificuldade de acesso a serviços de saúde, além de menor conhecimento sobre a presença de doenças crônicas. Sugere-se que estudos futuros, com amostras maiores e representativas da população idosa brasileira, investiguem estes aspectos em estudos longitudinais, envolvendo também os níveis de LS comunicativo e crítico, além do funcional.

## **Agradecimentos**

O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Os autores agradecem a Fernando Domingues Fernandes da Silva pela colaboração na coleta de dados.

## Referências

- Almeida, A. P. S. C., Nunes, B. P., Silva Duro, S. M. & Facchini, L. A. (2017). Socioeconomic Determinants of Access to Health Services among Older Adults: A Systematic Review. *Revista de saúde pública*, 51, 1–15.
- Arruda, N. M., Maia, A. G. & Alves, L. C. (2018). Inequality in Access to Health Services between Urban and Rural Areas in Brazil: A Disaggregation of Factors from 1998 to 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(6), 1–14.
- Aryankhesal, A., Niknam, N., Hasani, M., Mengelizadeh, N., Aghaei, N., Ghaedchukamei, Z., Ranaei, A., Kalteh, E. A. & Naghdi, B. (2019). Determining the Relationship between Health Literacy Level and Quality of Life among the Elderly Living in Nursing Homes. *Journal Education and Health Promotion*, 8, 1–6.
- Atalaia-Silva, K. C., & Lourenço, R. A. (2008). Tradução, Adaptação e Validação de Construto Do Teste Do Relógio Aplicado Entre Idosos No Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 930–37.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33–42.
- Bandeira, E. de O., Abreu, D. P. G., Lima, J. P. de, Martins, N. F. F., & Brum, A. N. (2021). Association between functional capacity and functional health literacy among older adults. *Research, Society and Development*, 10(2), e48210212775.
- Campolina, A. G., Mendoza Lopez, R.V., Nardi, E.P., & Ferraz, M. B. (2018). Quality of Life in a Sample of Brazilian Adults Using the Generic SF-12 Questionnaire. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(3), 234–242.
- Carthery-Goulart, M. T. et al. (2009). Desempenho de Uma População Brasileira No Teste de Alfabetização Funcional Para Adultos Na Área de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 631–38.
- Costa, V., Costa, P., Nakano, E., & Apolinário, Daniel. (2019). Alfabetismo Funcional Em Saúde Em Pessoas Idosas Hipertensas Na Atenção Primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 2), 278–285.
- Giacomin, K. C., Santos, W. J. D., & Firmo, J. O. A. (2013). O Luto Antecipado Diante Da Consciência Da Finitude: A Vida Entre Os Medos de Não Dar Conta, de Dar Trabalho e de Morrer. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9), 2487–96.
- Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V. & Threlkeld, G. (2015). A Critical Review of Population Health Literacy Assessment. *BMC Public Health*, 15(1), 01–07.
- Hu, Z., Qin, L., & Xu, H. (2019). Association between Diabetes-Specific Health Literacy and Health-Related Quality of Life among Elderly Individuals with Pre-Diabetes in Rural Hunan Province, China: A Cross-Sectional Study. *BMJ Open*, 9(8), 1–10.
- Jesus, I. T. M. D., Diniz, M. A. A., Lanzotti, R. B., Orlandi, F. D. S., Pavarin, S. C. I., & Zazzetta, M. S. (2018). Fragilidade E Qualidade De Vida De Idosos Em Contexto De Vulnerabilidade Social. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(4), 1–9.
- Lee, M. K., & Oh, J. (2020). Health-Related Quality of Life in Older Adults: Its Association with Health Literacy, Self-Efficacy, Social Support, and Health-Promoting Behavior. *Healthcare*, 8(4), 1–13.
- Lima-Costa, M. F., Mambrini, J. V., Peixoto, S. V., Malta, D. C., & Macinko, J. (2016). Socioeconomic Inequalities in Activities of Daily Living Limitations and in the Provision of Informal and Formal Care for Noninstitutionalized Older Brazilians: National Health Survey, 2013. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1–8.
- Lima, J. P., Abreu, D. P. G., Bandeira, E. O., Brum, N. A., Mello, M. C. V. A., & Varela, V. S. (2019). Health Literacy and Associated Factors in the Elderly. *Cogitare Enfermagem*, 24(e63964).
- Magnani, C. A. L. P., Condo, T. I., Oliveira, R. T. D., & Zanca, G. G. (2020) Letramento funcional em saúde e risco de quedas em idosos institucionalizados ? um estudo piloto. *Revista Kairós Gerontologia*, 23, 297-311.
- Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Lima, M. G., Araújo, S. S. C. D., Silva, M. M. A. D., Freitas, M. I. D. F. & Barros, M. B. D. A. (2017). Noncommunicable Diseases and the Use of Health Services: Analysis of the National Health Survey in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1S-10S.
- Marques, S. R. L., Escarce, A.G., & Lemos, S. M.A. (2018). Health Literacy and Self-Rated Health in Adults Primary Care Patients. *Codas*, 30(2), 1–8.
- Marques, S. R. L., & Lemos, S. M.A. (2017). Instrumentos de Avaliação Do Letramento Em Saúde: Revisão de Literatura. *Audiology - Communication Research*, 22(0), 1–12.
- Mendoza-Sassi, R., & Béria, J. U. (2001). Health Services Utilization: A Systematic Review of Related Factors. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 17(4), 819–32.
- Molina, N. P.F. M., Tavares, M., Haas, V.J., & Rodrigues, L. R. (2020). Religiosidad, Espiritualidad y Calidad de Vida Según El Modelo de Ecuación Estructura. *Texto y Contexto de enfermagem*, 29, 1–15.
- Ohrnberger, J., Anselmi, L., Fichera, E., & Sutton, M. (2020). Validation of the SF12 Mental and Physical Health Measure for the Population from a Low-Income Country in Sub-Saharan Africa. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1–11.
- Pereira, E. F., Teixeira, C.S., & Santos, A. (2012). Qualidade de Vida: Abordagens, Conceitos e Avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241–250.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2009). Foundations of clinical research e applications to practice (3 ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.



- Rocha, P. C., Rocha, D. C., & Lemos, S. M. A. (2017). Functional Health Literacy and Quality of Life of High-School Adolescents in State Schools in Belo Horizonte. *Codas*, 29(4), 1–9.
- Rodrigues, R., de Andrade, S. M., González, A. D., Birolim, M. M., & Mesas, A. E. (2017). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Newest Vital Sign (NVS) Health Literacy Instrument in General Population and Highly Educated Samples of Brazilian Adults. *Public Health Nutrition*, 20(11), 1907–1913.
- Rodrigues, M. L. M., Ponte, T. D. R., Vasconcelos, C. M. C. S. de, Cacao, L. T., & Sampaio, H. A. de C. (2021). Development and validation of a booklet based on health literacy on medicinal teas for women breast cancer survivors. *Research, Society and Development*, 10(4), e49410414266.
- Romero, S. S., Scortegagna, H.M., & Doring, M. (2018). Functional Health Literacy Level and Behavior in the Health of the Elderly. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(4), 1–12.
- Silveira, M. F., Almeida, J. C., Freire, R. S., Haikal, D. S. A., & Martins, A. E. D. L. (2013). Psychometric Properties of the Quality of Life Assessment Instrument: 12-Item Health Survey (SF-12). *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(7), 1923–1931.
- Souza, A. C. C. de, Borges, J. W.P., & Moreira, T. M.M. (2016). Quality of Life and Treatment Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review with Meta-Analysis. *Revista de Saúde Pública*, 50, 1–14.
- Speros, C. (2005). Health Literacy: Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633–640.
- Voigt-Barbarowicz, M., & Brütt, A. L. (2020). The Agreement between Patients' and Healthcare Professionals' Assessment of Patients' Health Literacy-a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 1–17.
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. 13., 349–364.
- World Health Organization (2018). Promoting Health: Guide to National Implementation of the Shanghai Declaration. *9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, 21-24 November 2016*, 1–35..
- Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The Relationship between Health Literacy and Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1–10.