



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

IRIALDA SABOIA CARVALHO

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE
E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS HIPERTENSOS**

FORTALEZA – CEARÁ

2015

IRIALDA SABOIA CARVALHO

ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE
E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS HIPERTENSOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Carvalho, Irialda Saboia .

Análise da associação entre letramento funcional em saúde e qualidade de vida em adultos hipertensos [recurso eletrônico] / Irialda Saboia Carvalho. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 76 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Hipertensão. 2. Letramento Funcional em Saúde.
3. Qualidade de Vida. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

Centro de Ciências da Saúde – CCS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

Av. Silas Munguba, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 –

Serrinha - Fortaleza – Ceará – Brasil - Fone: (85) 3101-9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

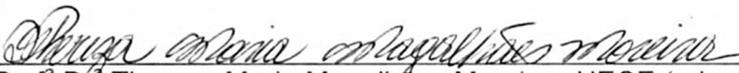
Título da dissertação: **“Análise da Associação entre Letramento Funcional em Saúde e Qualidade de Vida em Adultos Hipertensos”**

Nome da Mestrandanda: **Irialda Sabóia Carvalho**

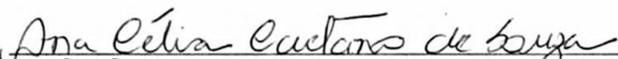
Nome da Orientadora: Prof^a Dr^a Thereza Maria Magalhães Moreira

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO”.

BANCA EXAMINADORA:


Prof^a Dr^a Thereza Maria Magalhães Moreira - UECE (orientadora)


Prof^a Dr^a Helena Alves de Carvalho Sampaio - UECE (1º membro)


Prof^a Dr^a Ana Célia Caetano de Souza - UFC (2º membro)

Prof^a Dr^a Malvina Thaís Pacheco Rodrigues –UFPI - (suplente)

Data da defesa: 11/12/2015.

Dedico este trabalho aos pacientes hipertensos atendidos nas Unidades de Atenção Primária em Saúde e no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Fortaleza-Ceará.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por estar sempre presente na minha vida, guiando e iluminando os meus passos. Obrigada, Senhor, por mais uma vitória e por todas as graças alcançadas!

Aos meus pais, Vicente de Paulo e Jacinta, exemplos de força, determinação e luta. Obrigada pela educação, amor, amizade, incentivo, apoio e oportunidade na continuação dos meus estudos. Meu porto seguro. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Paulo Filho, Pâmila e Jacintinha, que quase sempre me obedecem. Obrigada pelo companheirismo, carinho, amizade, força e compreensão.

À minha querida orientadora, professora Dra. Thereza Magalhães, pela amizade, paciência, orientações e ensinamentos durante todos esses anos.

Aos queridos membros do GRUPECCE, pelas oportunidades de aprendizado, descontração e companheirismo, em particular para Daniele, Dafne, Laryssa, Talita, Lívia, Raquel e Wicto, pois a ajuda de vocês foi essencial, principalmente na coleta de dados. Em especial, agradeço à Daniele Braz, pois sem seu esforço e dedicação não teria conseguido coletar uma amostra suficiente para a realização do meu estudo.

Às minhas amigas, Dafne e Laryssa, que me acompanham desde a graduação. Obrigada pelo companheirismo e amizade de vocês!

Aos amigos e colegas da turma 2014 do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da UECE, pelos momentos de reflexão, apoio e aprendizado mútuos nesses dois anos.

Aos docentes do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UECE, pela dedicação com a qual conduziram a formação dos novos Mestres em Saúde Coletiva.

Às professora Helena Sampaio e Malvina Rodrigues, membros da banca de qualificação do projeto de pesquisa, pelas valiosas sugestões.

À professora Helena Sampaio e Ana Célia Souza por aceitarem participar da banca de avaliação.

À Dona Maria pela sua disposição em ajudar e pelo seu cafezinho diário.

Aos pacientes do CIDH e Unidades de Atenção Primária que contribuíram imensamente para essa pesquisa.

Enfim, a todos que ajudaram e contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho deixo aqui a minha enorme e sincera gratidão.

Muito obrigada!

*“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”*

(Fernando Sabino)

RESUMO

No grupo das doenças crônicas não infecciosas, a hipertensão arterial sistêmica é uma das mais representativas e responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade na população brasileira e em todo o mundo. Assim, um dos grandes desafios no manejo da hipertensão consiste em avaliar o impacto da doença e do tratamento na qualidade de vida da pessoa, e identificar seu letramento em saúde, ou seja, a aplicação prática do conhecimento e competências pessoais para acessar, compreender, interpretar e avaliar informações escritas ou faladas, de forma a tornar possível a tomada de decisões para obter melhor qualidade de vida. Nesse contexto, o objetivo geral desta dissertação foi analisar a associação entre o letramento funcional em saúde e a qualidade de vida de adultos com hipertensão. Tratou-se de um estudo analítico, quantitativo, realizado com 369 adultos hipertensos acompanhados nas Unidades de Atenção Primárias em Saúde e no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão do município de Fortaleza-Ceará-Brasil. Os dados foram coletados por meio de três instrumentos: um questionário com perguntas gerais, o questionário MINICHAL e o Breve TOFHLA. Tão logo coletados, os dados foram tabulados e analisados por meio de um programa estatístico. Foram calculadas as frequências simples e relativas das variáveis do estudo e realizou-se o teste do qui-quadrado para as variáveis categóricas, considerando o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Para estimar a força de associação entre as variáveis foi calculada a odds ratio (OR), com intervalo de confiança de 95% e, em seguida, foi realizada a análise com modelo de regressão logística hierarquizada. Para inclusão no modelo inicial de regressão, adotou-se o valor $p < 0,20$ obtido na análise bivariada e, para o modelo final, adotou-se o $p < 0,05$ na análise multivariada. O estudo seguiu todos os preceitos ético-legais dos estudos com seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa em seres humanos da Universidade Estadual do Ceará sob protocolo de nº 1.206.472/2015. Os resultados mostraram que, na análise bivariada, estiveram associados à qualidade de vida: o LFS, o sexo, a escolaridade, a renda e o sedentarismo. No modelo final da regressão, permaneceram significativas apenas as variáveis sexo e renda ($p < 0,05$). Conclui-se a haver associação entre o letramento funcional em saúde e a qualidade de vida de adultos com hipertensão, destacando a necessidade dos profissionais de saúde darem maior atenção à qualidade de vida e letramento dos pacientes, na busca de modificações na abordagem terapêutica de maneira geral.

Palavras-chave: Hipertensão; Letramento Funcional em Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

In the group of non-infectious chronic diseases, hypertension is one of the most representative and account for the highest mortality rates in the population and throughout the world. Thus, a major challenge in the management of hypertension is to assess the impact of disease and treatment on the person's quality of life, and identify their literacy in health, ie the practical application of knowledge and personal skills to access, understand, interpret and evaluate written and spoken information in order to make possible the decision-making for better quality of life. In this context, the general objective of this thesis was to analyze the association between functional literacy in health and quality of life of adults with hypertension. This was an analytical, quantitative study involving 369 hypertensive adults accompanied the Primary Care Units Health and the Integrated Center for Diabetes and Hypertension in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. Data were collected through three instruments: a questionnaire with general questions, the questionnaire MINICHAL and Quick TOFHLA. Once collected, the data were tabulated and analyzed using a statistical program. simple frequencies were calculated and on the study variables and performed the chi-square test for categorical variables, considering the level of significance of 5% ($p < 0.05$). To estimate the strength of association between variables was calculated the odds ratio (OR) with 95% confidence interval and then was carried out the analysis with hierarchical logistic regression model. For inclusion in the initial regression model, it adopted the value $p < 0.20$ obtained in the bivariate analysis, and for the final model, we adopted $p < 0.05$ in multivariate analysis. The study followed all ethical and legal precepts of human studies and was approved by the Ethics Committee on human research at the State University of Ceará under no protocol 1206472/2015. The results showed that in the bivariate analysis were associated with quality of life: the LFS, sex, education, income and physical inactivity. In the final regression model, remained significant only gender and income ($p < 0.05$). It follows the no association between functional literacy in health and quality of life of adults with hypertension, highlighting the need for health professionals give more attention to the quality of life and literacy of patients in search of changes in therapeutic approach so general.

Keywords: Hypertension; Functional Literacy for Health; Quality of life.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.....	19
Quadro 2-	Relação das Unidades de Atenção Primária à Saúde selecionadas por Secretaria Executiva Regional de Fortaleza,Ceará-Brasi,2015.....	28
Quadro 3-	Plano amostral das Unidades de Atenção Primária à Saúde selecionadas por Secretaria Executiva Regional de Fortaleza,Ceará-Brasi,2015.....	30

LISTA DE FIGURA

Figura 1-	Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza, Ceará, Brasil.....	27
-----------	---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Níveis de Letramento Funcional em Saúde dos participantes do estudo (n=369). Fortaleza-CE, 2015.....	38
Gráfico 2-	Perfil do Letramento Funcional em Saúde dos participantes do estudo (n=369). Fortaleza-CE, 2015.....	39
Gráfico 3-	Avaliação da média por dimensões de Qualidade de Vida dos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características sociodemográficas dos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.....	36
Tabela 2-	Características clínicas dos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.	37
Tabela 3-	Categorização da Qualidade de Vida dos hipertensos (n=369), de acordo com a pontuação. Fortaleza-CE, 2015.....	40
Tabela 4-	Influência da hipertensão e tratamento na qualidade de vida dos participantes do estudo (n=369). Fortaleza-CE, 2015.....	40
Tabela 5-	Análise bivariada do LFS, características sociodemográficas e clínicas associado à qualidade de vida dos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.....	41
Tabela 6-	Análise multivariada do letramento, características sociodemográficas e clínicas por blocos associadas à qualidade de vida de adultos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Circunferência Abdominal
CIDH	Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
DCNI	Doenças Crônicas não Infecciosas
DM	Diabetes Mellitus
DCV	Doença Cardiovascular
GRUPECCE	Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IOM	Institute of Medicine
LFS	Letramento Funcional em Saúde
LS	Letramento em Saúde
MINICHAL	<i>Mini-cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial</i>
OR	Odds Ratio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
REALM	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>
SR	Secretarias Regionais
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOFHILA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
UAPS	Unidade de Atenção Primária em Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	GERAL.....	18
2.2	ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITO, DIAGNÓSTICO E EPIDEMIOLOGIA.....	19
3.2	LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE / LETRAMENTO EM SAÚDE.	21
3.3	QUALIDADE DE VIDA.....	24
4	MÉTODO.....	27
4.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	27
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
4.3	UNIVERSO, POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
4.4	COLETA DE DADOS.....	30
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	32
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	33
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5	RESULTADOS.....	35
6	DISCUSSÃO.....	44
7	CONCLUSÃO.....	51
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICES.....	61
	ANEXOS.....	64

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto a relação entre o Letramento Funcional em Saúde (LFS) e a Qualidade de Vida (QV) de pacientes hipertensos atendidos nas Unidades de Atenção Primárias em Saúde (UAPS) e no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) do município de Fortaleza-Ceará.

As doenças crônicas não infecciosas (DCNI) são amplamente reconhecidas como as mais representativas no contexto de ações de promoção à saúde e prevenção da doença no campo da Saúde Coletiva, pois já é confirmada sua responsabilidade pelas maiores taxas de morbimortalidade na população brasileira e mundial.

De modo geral, o impacto das DCNI sobre as sociedades é crescente. No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) corresponderam a cerca de 70% das causas de mortes em 2007. Mundialmente, segundo dados do boletim global de doenças relacionadas à hipertensão, a cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas por hipertensão (SCHMIDT et al., 2012).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, afetando 20% da população adulta mundial e 60% dos idosos. Mais de 30 milhões de brasileiros apresentam um quadro patológico de elevação da pressão arterial. Acidentes vasculares encefálicos, ataques isquêmicos, encefalopatias, infartos agudos do miocárdio, insuficiência cardíaca, aneurismas, insuficiência renal e morte súbita estão direta ou indiretamente relacionados à hipertensão, tornando-a um dos fatores de risco mais importantes de morbimortalidade no mundo (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Percebe-se que esses dados justificam a importância da equipe de saúde conhecer a situação da HAS e o desenvolvimento de metas factíveis para a prevenção, promoção e controle dos fatores de risco cardiovasculares. Sobretudo, um dos grandes desafios no seu manejo consiste em avaliar o impacto da doença e do tratamento na vida da pessoa, especialmente suas repercussões na qualidade de vida.

Considerando a complexidade do conceito de saúde, que não se restringe apenas à ausência de sintomatologia, a avaliação da QV se torna importante à medida que possibilita uma avaliação do cuidado e da terapêutica utilizada.

A HAS contribui significativamente para modificações na QV das pessoas por interferir na sua capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (RABELO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida pode ser conceituada como “a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998). Dessa forma, a percepção e conhecimento que o paciente hipertenso possui da doença influenciará na sua qualidade de vida, interferindo em suas condições de saúde e em outros aspectos gerais de sua vida pessoal.

Assim, identificar o conhecimento dos pacientes com hipertensão pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, direcionando os planos de cuidado a essas pessoas, a fim de melhorar sua qualidade de vida.

Nesse sentido, emerge o Letramento Funcional em Saúde, que descreve a aplicação prática do conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, interpretar e avaliar informações escritas ou faladas de forma a tornar possível a tomada de decisões no que concerne ao cuidado da própria saúde (SORENSEN et al., 2012). O Letramento em Saúde (LS) determina às pessoas, seja no papel de pacientes, membros de uma família, trabalhadores ou cidadãos, a tomada de decisões para o cuidado da saúde e a prevenção de doenças (PASSAMAI, 2012; COELHO, 2013). Resulta de ações de educação e promoção da saúde, em que habilidades cognitivas e sociais possibilitam melhora da condição de saúde, estilo e qualidade de vida individual e comunitário (SPEROS, 2005; CABRAL, 2011; PASSAMAI, 2012).

Dessa forma, uma pessoa com nível de letramento satisfatório pode apresentar melhor condição de saúde/qualidade de vida do que um indivíduo com nível de letramento limitado, pois este teria menor noção da importância de medidas preventivas de doenças (JAY et al., 2009; PASSAMAI et al., 2012).

Estudos evidenciam que o grau de letramento limitado pode comprometer o estado de saúde individual e coletivo, pois o mau gerenciamento da própria saúde e do processo de adoecimento causa baixa adesão às medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, resultando em maiores taxas de hospitalização e maior uso dos serviços de urgência/emergência (IOM, 2004; OLNEY et al., 2007; ISHIKAWA et al., 2008; WHCA, 2010; PASSAMAI, 2012; ; COELHO, 2013; SOUZA, 2015).

Nessa perspectiva, o baixo nível de letramento se relaciona com efeitos adversos na saúde, pois o LFS é visto como um mediador para tomada de decisões na saúde e preponderante no desenvolvimento das habilidades relacionadas às questões do cuidado de si (NUTBEAM, 2008; WHCA, 2010; CABRAL, 2011).

Estudos revelam que grande número de pessoas de países desenvolvidos e em desenvolvimento são iletradas neste contexto específico (KUTNER et al., 2006; WHCA, 2010; PASSAMAI et al., 2012) e, mesmo indivíduos com alto nível de letramento geral podem não ter bom letramento em saúde (ISHIKAWA; KIUCHI, 2010; CABRAL, 2011).

Assim, o LFS torna-se uma ferramenta fundamental para melhores desfechos e controle da própria saúde, principalmente para melhoria da saúde geral do indivíduo, em especial na qualidade de vida, foco no presente estudo.

A escolha pela temática deste estudo se deu pela participação em projetos no Grupo de Pesquisa “Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem” (GRUPECCE) que envolve estudos com hipertensão, complicações associadas e adesão ao tratamento de pacientes com doenças crônicas não infecciosas. O interesse pelo LFS surgiu ao querer descobrir se a população possui conhecimento adequado para as questões de controle, prevenção e promoção da sua saúde, a fim de obter uma melhor qualidade de vida. Contudo, foi por meio de uma disciplina cursada durante o mestrado que tive a oportunidade de conhecer de forma mais aprofundada essa temática de cunho relevante para a incidência e prevalência no contexto atual de doenças crônicas.

Diante do exposto, a pesquisa pretende responder os seguintes questionamentos: Qual o LFS e a QV de adultos com hipertensão? Há associação entre o LFS e a qualidade de vida desses pacientes? Existe associação destes com as características sociodemográficas e clínicas?

Nesse contexto, justifica-se a realização dessa pesquisa por perceber que se trata de tema pouco explorado no Brasil (PASSAMAI, 2012) e que se torna preocupante, principalmente, para profissionais envolvidos na promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças, pois estudos evidenciam baixo LFS da população (JOVIC-VRANES; BJEGOVIC-MIKANOVIC; MARINKOVIC, 2009; WHCA, 2010; PASSAMI et al; 2012).

A relevância desse estudo reside na hipótese de que o LFS e as ações educativas podem melhorar o entendimento das orientações em saúde, conseqüentemente, contribuindo positivamente na qualidade de vida desses pacientes (VOLPATO; MARTINS; MIALHE, 2009; PASSAMAI et al., 2012).

As ações educativas devem estar pautadas em abordagens que facilitem a leitura e a compreensão do indivíduo sobre saúde por meio de tecnologias ou recursos que use linguagem acessível considerando o contexto cultural e econômico do indivíduo.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a associação entre o letramento funcional em saúde (LFS) e a qualidade de vida de adultos com hipertensão.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográfica e clinicamente esse público;
- Identificar o nível de LFS da clientela;
- Descrever a qualidade de vida dos participantes em estudo;
- Verificar a existência de associação estatística entre o LFS, as características sociodemográficas, clínicas e a qualidade de vida dos pesquisados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITO, DIAGNÓSTICO E EPIDEMIOLOGIA

As DCNI tem se colocado como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, pois vários fatores aumentam a probabilidade da ocorrência de doenças crônicas. A HAS é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral (AVC), do infarto agudo do miocárdio (IAM), doença renal crônica terminal, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca congestiva, dentre outras (VI DBH, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, existem aproximadamente 17 milhões de pessoas com HAS no Brasil, valor que representa 35% da população com idade superior ou igual a 40 anos (VI DBH, 2010). Estima-se que em 2025 ela atinja 29% da população de 1,56 bilhão de pessoas afetadas (FERREIRA, BARRETO, GIATTI, 2014).

De acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), hipertenso é todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva.

A seguir, a classificação diagnóstica da PA em indivíduos maiores de 18 anos (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial. Fonte: DBH VI, 2010.

No Brasil, a hipertensão afeta 36% dos homens adultos e 30% das mulheres. Considerando-se valores de PA ≥ 140/90 mmHg, encontraram-se prevalências que variam de

22,3% e 43,9%, perfazendo média de 32,5%. Entre os idosos, afeta mais de 50% das pessoas entre 60 e 69 anos e 75% daqueles com 70 e mais anos (VI DBH, 2010).

A HAS tem curso lento e silencioso. No entanto, embora inicialmente assintomática, há evidências de que o reconhecimento do diagnóstico influencia no relato de sintomas, levando à diminuição da produtividade e da qualidade de vida não apenas devido às manifestações físicas e à terapêutica implementada, mas também devido ao estigma da doença, ligada a manifestações clínicas graves (SOUTELLO, 2010).

Destaca-se que a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório sofre aumento a cada ano. Entre os períodos de 2000 a 2011 o número de óbitos elevou-se em 28,6%. No ano de 2011, as doenças isquêmicas cardíacas e as cerebrovasculares foram responsáveis por 61% dos óbitos. Além disso, as DCV são responsáveis por complicações e sequelas graves, que comprometem o desempenho dos acometidos na própria vida, na vida familiar e, em última análise na vida social como um todo (GOMES e MARTINS et al., 2014).

Os índices de HAS são alarmantes e respondem por uma das principais causas de morte no país. A alta morbimortalidade associa-se a inúmeras complicações cardiovasculares, que podem em algum momento ocorrer e trazer algum tipo de incapacidade, temporária e/ou permanente, prejudicando e comprometendo a vida e a saúde das pessoas.

Assim, existe a necessidade da criação de estratégias que visem promover a saúde e, principalmente, detectar grupos de risco para intervir com ações preventivas, que são ações de baixo custo, porém eficazes, que englobam, principalmente, a educação em saúde, modificação dos hábitos de vida e, quando necessário, tratamento medicamentoso (LIMA, ALMEIDA, 2014).

Assim, o objeto de estudo abordado para esta pesquisa passa pela reflexão acerca dos propósitos da saúde coletiva, estabelecida como um campo que se destina à educação e promoção da saúde das populações.

Dessa forma, a promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Contudo, este processo não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, pode ser desenvolvido por organizações educacionais, profissionais e instituições governamentais com o objetivo de desenvolver habilidades pessoais por meio da educação para a saúde, de maneira que as populações tenham maior controle sobre sua saúde (PASSAMAI et al., 2012).

Por isso, destaca-se a importância do letramento funcional em saúde dos pacientes hipertensos para que possam ser formuladas políticas públicas e estratégias adequadas para o desenvolvimento de ações que garantam a aquisição de boa qualidade de vida.

3.2 LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE / LETRAMENTO EM SAÚDE

No Brasil, os conceitos de alfabetização e letramento se superpõem, e, frequentemente, se confundem. No entanto, o letramento difere da alfabetização, pois esta representa um processo formal de aprendizagem adquirido na escola. Já o letramento em si é uma prática que ocasiona mudanças políticas, sociais, econômicas e individuais, podendo ser uma prática adquirida na rua, no local de trabalho, no posto de saúde ou em qualquer outro local de inserção do indivíduo, tornando, por exemplo, uma pessoa analfabeta um ser letrado em algum assunto, conforme seu convívio social (KLEIMAN, 2001; SANTOS, 2007). De acordo com Soares (2008), o processo concebido como alfabetização não significa a incorporação das práticas de leitura e escrita, mas o desenvolvimento destas competências no âmbito da vida social é que se denomina letramento.

Sobre o termo atual da palavra letramento, esta proveio da palavra *literacy* da língua inglesa e foi introduzido no Brasil por Mary Kato em 1986. Caracteriza-se pelas habilidades de leitura e de escrita, que possibilitam ao indivíduo se envolver nas atividades específicas da área que assim o exige (SOARES, 2003).

Com isso, o letramento em Saúde é um tema relativamente novo, que permite ao indivíduo transitar no ambiente de saúde e vem ganhando espaço nas agendas de pesquisa e política de saúde (SANTOS et al., 2012). Outro termo que é usado de forma intercambiável com o LS é o Letramento Funcional em Saúde, onde a funcionalidade corresponde à compreensão e competência que a pessoa tem para aplicar sua leitura e escrita no cotidiano (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013; COLBERT, 2007).

Não há na literatura um conceito único e fixo para o LFS, devido à variedade de categorias e habilidades identificadas como fundamentais para ser “letrado” em relação à saúde (PASSAMAI et al., 2011).

O LFS descreve a aplicação prática das competências cognitivas e não cognitivas na vida real, ao invés de uma única habilidade de letramento em um meio clínico (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Berkman, Davis e McCormack (2010) propõem a definição construída a partir do conceito definido por *Health People 2010*, em que o tema abordado representa “o grau em

que indivíduos podem obter, processar, entender e se comunicar sobre informações relacionadas à saúde necessárias para tomar decisões orientadas em saúde” (PASSAMAI et al., 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o Letramento em Saúde como uma abordagem ampla, sendo as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação para educação e promoção da saúde (WHO, 1998).

Sorensen et al. (2012, p.3) definem o constructo como: “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”.

Para mensuração do LFS são utilizados instrumentos que identificam e classificam o grau de letramento em saúde de cada indivíduo. No entanto, de acordo com Rogers, Ratzan e Payne (2001) e Baker (2006) é importante ter a noção que nenhum instrumento existente é suficientemente abrangente para medir o grau de letramento em saúde. Dentre os instrumentos disponíveis para verificar LS, os mais utilizados são *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*, *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)* e o *Wide Range Achievement Test (WRAT)* (PASSAMAI et al., 2011).

No Brasil, há poucos estudos sobre letramento em saúde. Um dos principais estudos sobre essa temática foi o desenvolvido por Carthery-Goulart *et al.* (2009) entre 2006 e 2007, no qual os autores aplicaram uma versão mais resumida do *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)*, o *S-THOFHLA*, para medir o LFS de participantes adultos em dois hospitais públicos da cidade de São Paulo. Outro importante estudo foi o desenvolvido por Maragno (2009). A autora buscou a possível associação entre letramento em saúde e adesão à terapia medicamentosa em pacientes que aguardavam atendimento em postos de saúde em uma cidade do Rio Grande do Sul. O LS foi avaliado pelo Teste de Letramento em Saúde, instrumento validado, baseado na tradução e adaptação do TOFHLA para a realidade brasileira. Destaca-se também a pesquisa intitulada “Plano AlfaNutri: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas”, realizada em Fortaleza, na qual uma das etapas do estudo foi diagnosticar o grau de letramento em saúde e em nutrição dos usuários assistidos pelos serviços de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis do Sistema Único de Saúde (SUS) (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

3.2.1 Tofhla

O teste TOFHILA é a ferramenta mais confiável para se medir o alfabetismo funcional em adultos no setor de saúde, por utilizar textos médicos reais e incluir uma parte de compreensão numérica.

O teste TOFHILA foi conduzido em dois hospitais nos Estados Unidos, com uma versão em inglês e outra em espanhol. Os resultados mostraram que 37% dos pacientes de língua inglesa não conseguiram entender instruções para tomar uma medicação com o estômago vazio, bem como 48% não conseguiram determinar se eram elegíveis para um tratamento médico gratuito (PARKER; WILLIANS; BAKER, 1995).

O TOFHILA é formado por duas partes: uma composta por 17 itens, que mede a habilidade numérica, e outra com 50 itens, que avalia a compreensão de leitura e está disponível em inglês e espanhol. Uma versão curta (*Short TOFHILA*, identificado como S-TOFHILA), possui 36 itens de compreensão leitora. A versão breve, *Brief Test of Functional Health Literacy* ou *Teste Breve de Letramento Funcional em Saúde*, é integrada pelos mesmos 36 itens do S-TOFHILA e por mais quatro itens de numeramento, instrumento que será utilizado no presente estudo. A versão longa pode levar até 22 minutos para ser aplicada, a versão curta leva sete minutos e a breve, doze minutos. A versão breve é recomendada quando se pretende medir tanto a compreensão leitora quanto o numeramento, mas sem querer utilizar o TOFHILA completo ou utilizar o S-TOFHILA que avalia apenas a compreensão leitora (NURSS et al., 1995; PARKER; WILLIANS; BAKER, 1995).

Um aspecto importante na utilização do TOFHILA diz respeito à análise da acuidade visual. Os autores do TOFHILA (NURSS et al., 1995) consideraram, para a elaboração final do instrumento, como acuidade visual adequada, o limite mínimo de 20/50, segundo a Escala de Sinais de *Snellen*.

Em cada subtteste do TOFHILA as questões são pontuadas. Na versão completa a pontuação total é de 100 escores, 50 de compreensão leitora e 50 escores ponderados de numeramento. A soma total dos escores dá o perfil do letramento, dividido em três níveis: *Inadequado Letramento Funcional em Saúde* (0-59 escores); *Marginal Letramento Funcional em Saúde* (60-74 escores); *Adequado Letramento Funcional em Saúde* (75-100 escores). Para a versão breve, quanto à pontuação, a cada item de numeramento foi atribuídos peso sete (dando um total de 28 pontos para a seção de Numeramento) e a cada item de compreensão de leitura um peso dois (dando um total de 72 pontos para a seção de “Compreensão”). O total de escores para esta versão breve do TOFHILA é de 100 pontos, ficando os níveis de letramento

como: *Inadequado Letramento Funcional em Saúde* (0-53 escores); *Marginal Letramento Funcional em Saúde* (54-66 escores); *Adequado Letramento Funcional em Saúde* (67-100 escores).

Assim, o presente instrumento será utilizado para identificar o nível de letramento dos pacientes hipertensos e identificar a sua associação com a qualidade de vida.

3.3 QUALIDADE DE VIDA

A partir da década de 70, o número de estudos sobre a QV aumentou significativamente. Apesar disso, as publicações sobre a temática apresentam uma informação comum: a avaliação da QV é importante, porém ainda não há consenso sobre o conceito do termo.

Uma das explicações para a multiplicidade de conceitos do construto QV se deve ao termo “qualidade”, que, em função de sua natureza abstrata, possui significados diferentes para cada pessoa, diferindo de acordo com o local e a situação (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

No Brasil, vem crescendo o interesse pelo tema no campo da saúde, principalmente no âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas, pois é um elemento que tem um conceito inerentemente humano, relacionado ao grau de satisfação nas diferentes esferas (familiar, amorosa, social e ambiental). Compreende conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que se relacionam em diferentes momentos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Atualmente, na área da saúde, torna-se cada vez mais relevante a preservação da QV dos pacientes por meio da prevenção ou tratamento de enfermidades. A QV compreende uma diversidade de fatores, dentre os quais estilo de vida, moradia, satisfação com o trabalho, situação econômica, acesso a serviços públicos, comunicações, urbanização, criminalidade, dentre outros que compõem o contexto social e que influenciam o desenvolvimento humano de uma comunidade (VELARDE-JURADO; ÁVILA-FIGUEROA, 2002).

Pode-se dizer que a QV representa a soma de sensações subjetivas e pessoais do “sentir-se bem”. Duas pessoas no mesmo estado de saúde podem ter percepções diferentes sobre sua QV, o que não permite extrapolações de um paciente para outro (VELARDE-JURADO; ÁVILAFIGUEROA, 2002). Além disso, várias podem ser as interpretações de pacientes, família e equipe de saúde, gerando discrepâncias de avaliação, o que reforça a

importância do próprio paciente avaliar sua condição (VELARDE-JURADO; ÁVILAFIGUEROA, 2002).

Na área da saúde, a especificação do termo pode ser explicada pelo fato de alguns determinantes do processo saúde-doença da população corresponderem aos aspectos envolvidos na avaliação da QV. Assim, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) refere-se à percepção da influência de uma doença e do seu tratamento sobre a qualidade de vida e funcionamento do indivíduo (KŁAK et al., 2015).

O termo de QVRS configurou-se como um processo de avaliação da saúde e está associado às alterações da vida em decorrência do acometimento por uma doença e cuidados a ela relacionados. Os resultados procuram entender e intervir sobre o contexto do indivíduo ou grupos expostos a diferentes tipos de agravos, sejam eles crônicos ou agudos (DINIZ, 2013).

Segundo Fleck et al. (2008), o termo QVRS pode ser compreendido como conceito “guarda-chuva” que abriga um conjunto de instrumentos desenvolvidos a partir de uma perspectiva funcionalista, ou seja, para ter uma “boa” QV a pessoa precisa estar “funcionando” bem, desempenhando de forma satisfatória seu papel social e as funções que valoriza.

Assim, a QVRS é uma medida subjetiva que se relaciona com o impacto da doença e do tratamento na vida do indivíduo e é atualmente reconhecida como um objetivo adicional no tratamento da HAS, devido sua influência na adesão ao tratamento, na severidade da afecção e no manejo clínico da doença (SOUTELLO, 2010).

Considerando a complexidade do conceito de saúde, que não se restringe apenas à ausência de sintomas, a avaliação da QVRS se torna importante à medida que possibilita uma avaliação do impacto da doença, do cuidado e da terapêutica utilizada.

No caso da hipertensão, um dos grandes desafios no seguimento do hipertenso consiste em avaliar o impacto da doença e do tratamento na vida do paciente, especialmente as suas repercussões na QVRS.

No contexto da HAS, são poucos os instrumentos específicos para a avaliação da QVRS, destacando-se dentre eles o *Mini-Cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial* (MINICHAL), o qual proporciona uma abordagem mais ampla da QVRS do hipertenso, incluindo aspectos subjetivos e manifestações somáticas, sem restringir-se à avaliação dos efeitos da terapia medicamentosa na QVRS do hipertenso (SCHULZ et al., 2008).

3.3.1 Minichal

O MINICHAL foi desenvolvido na Espanha em 2001 e contém 16 itens de múltipla escolha organizados em dois domínios: Estado Mental (10 questões) e Manifestações Somáticas (6 questões). Possui também uma questão para verificar como o paciente avalia que a hipertensão e o seu tratamento têm influenciado na sua qualidade de vida. O paciente deve responder às questões fazendo referência aos últimos sete dias e as respostas estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo *likert*. Os pontos variam de zero (melhor nível de saúde) a 30 (pior nível de saúde) para a dimensão “estado mental”, e para a dimensão “manifestações somáticas” variam de zero (melhor nível de saúde) a 18 (pior nível de saúde) (BADIA et al, 2002).

Na versão brasileira do MINICHAL, instrumento utilizado para realização desta pesquisa, a questão 10 foi transferida de domínio, após análise fatorial. Assim, o MINICHAL-BRASIL é composto por 17 questões e dois domínios. O domínio Estado Mental compreende as questões de 1 a 9, sendo a pontuação máxima de 27 pontos. O domínio Manifestações Somáticas compreende as questões de 10 a 16 e tem pontuação máxima de 21 pontos. As respostas dos domínios estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo *likert* e têm quatro opções de respostas (0=não, absolutamente; 1=sim, um pouco; 2=sim, bastante; 3=sim, muito). Nessa escala, quanto mais próximo a zero estiver o resultado, melhor a qualidade de vida (SCHULZ et al., 2008).

A versão brasileira já validada apresentou um α de *Cronbach* de 0,88 para o domínio estado mental e 0,86 para manifestações somáticas (SCHULZ et al., 2008). Tanto a versão original em espanhol como a brasileira inclui uma última questão relativa ao impacto geral da HAS na QV do paciente.

O estudo realizado por Borges et al. (2015), que encontra-se em andamento para publicação, propôs analisar o MINICHAL por meio de Teoria da Resposta ao Item (TRI). A análise do instrumento pela TRI permitiu identificar novas facetas deste instrumento ainda não abordadas em estudos anteriores e a visualização dos parâmetros dos itens permitiu a construção de uma escala com um modelo interpretativo. Assim, a construção de uma interpretação para cada nível da escala configura-se como o preenchimento de uma lacuna nos estudos de mensuração de comportamento em saúde, que vai além das repostas comumente dadas pelos instrumentos de qualidade de vida.

4 MÉTODO

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo analítico, com abordagem quantitativa, pois propõe esclarecer a associação entre exposição e um efeito específico (GIL, 2010). Quanto à natureza quantitativa, caracteriza-se por envolver a coleta sistemática de dados numéricos, mediante condição de controle, além da análise desses dados utilizando procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

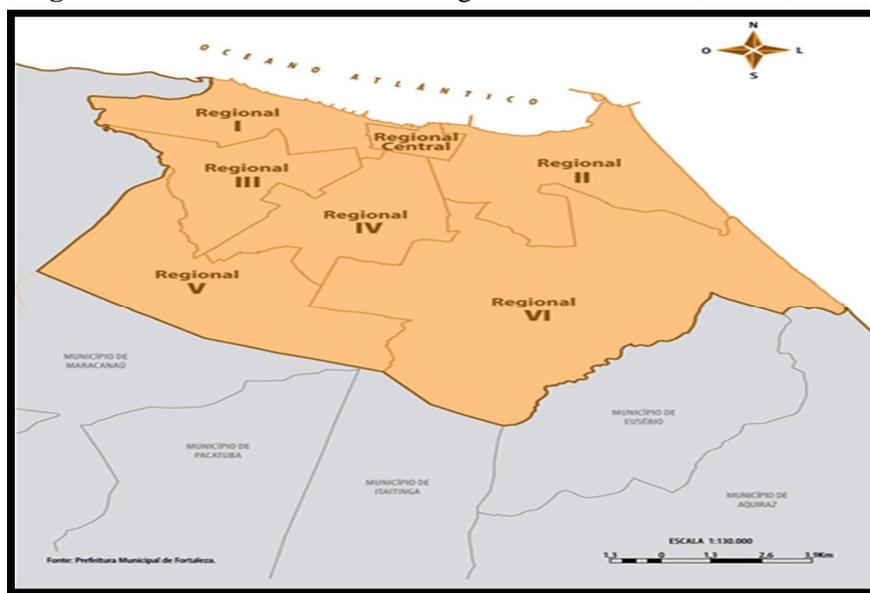
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado junto aos usuários adultos hipertensos acompanhados nas Unidades de Atenção Primárias em Saúde (UAPS) e no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) do município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

A capital do Ceará está localizada no Nordeste brasileiro e representa a quarta maior cidade do país. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2015, a população de Fortaleza está estimada em 2.591.188 habitantes.

Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em seis Secretarias Regionais (SR) (I, II, III, IV, V, VI e centro), como mostra a figura 1.

Figura 1: Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza, Ceará, Brasil.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2014)

A escolha dos locais de pesquisa partiu da concepção de ter a representação de pacientes hipertensos nos dois níveis de atenção à saúde. Assim, a seleção das UAPS foi realizada por meio de um sorteio aleatório e selecionada uma UAPS de cada regional, conforme disposto no quadro 1.

Quadro 2: Relação das Unidades de Atenção Primária em Saúde selecionadas por Secretaria Executiva Regional de Fortaleza, Ceará-Brasi, 2015.

SER	UAPS
I	UAPS Floresta
II	UAPS Miriam Porto Mota
III	UAPS César Cals
IV	UAPS Maria José Turbay Barreira
V	UAPS José Walter
VI	UAPS Edmar Fujita

Quanto à unidade de atenção secundária, o estudo foi realizado no CIDH, unidade de referência de pesquisa e assistência em hipertensão e diabetes no Ceará, que atende pacientes da região metropolitana e do interior do estado. O CIDH foi criado em 1988 e recebe usuários encaminhados da atenção primária por questões referentes à HAS resistente, HAS associada a complicações, Diabetes Mellitus (DM), DM associado a complicações e gestantes com HAS e/ou DM. Desenvolve pesquisas relacionadas à epidemiologia, educação e saúde, assistência integral aos usuários e distribuição dos medicamentos.

O centro de referência recebe cerca de 250 pacientes por dia e é composto por uma equipe multidisciplinar (enfermeiros; cardiologista; endocrinologista; nefrologista; oftalmologista; fisioterapeutas; urologista; odontólogos; nutricionistas; assistentes sociais; psicólogos e terapeutas ocupacionais). Além do tratamento multiprofissional, os usuários contam com serviços laboratoriais, farmácia (para liberação de fármacos) e leito dia.

4.3 UNIVERSO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para esse estudo, o universo foi representado por todos os usuários hipertensos. A população alvo do estudo constituiu-se por pessoas com HAS atendidas na atenção primária e na atenção secundária especializada no tratamento de diabetes e hipertensão no município de Fortaleza-Ceará. De acordo com a pesquisa realizada pelo Vigitel em 2014, o percentual de

adultos (≥ 20 anos e <60 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial em Fortaleza foi representada por 24% dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2015).

Considerando que o número de hipertensos atendidos no município de Fortaleza é maior que 10.000 e que não foi identificada a prevalência de boa qualidade de vida em outros estudos, optou-se por realizar um estudo piloto com 30 hipertensos para determinação da prevalência do fenômeno: boa qualidade de vida e, assim, definir a amostra com base no cálculo para populações infinitas. De acordo com Hulley et al. (2008), o estudo piloto pode ser feito com uma amostra de tamanho pequeno de forma que seus resultados servirão somente para auxiliar no cálculo do tamanho da amostra.

Após a aplicação do estudo piloto, a média de qualidade de vida (somatório do estado mental + manifestações somáticas) foi de $13,03 \pm 8,50$, mediana de 13,00 e coeficiente de variância de 65%.

De acordo com o MINICHAL-Brasil, quanto mais próximo de zero melhor a qualidade de vida. Dessa forma, como o valor encontrado para o coeficiente de variância foi maior que 30%, a mediana foi a medida utilizada como base para identificar os pacientes com boa qualidade de vida. Assim, 12 pacientes apresentaram pontuação menor que 13 e foram considerados como casos para o cálculo da prevalência do presente estudo, sendo o valor encontrado de 40% para prevalência do fenômeno (boa qualidade de vida).

Adotou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{z^2 5\% \times P \times Q}{e^2}$$

Onde: **n** é a amostra; **z** é o valor de distribuição z ao nível de significância 5% (1,96); **P** é a prevalência do fenômeno; **Q** é a porcentagem complementar de P ($Q = 100 - P$); **N** é a população; **e** é o erro amostral (aqui considerado em 5%).

Assim, a amostra teve seu cálculo realizado de acordo com a fórmula de amostra para população infinita, onde a prevalência foi de 40% para a boa qualidade de vida e o erro adotado foi de 5%, o que resultou em um n de 369 pacientes hipertensos distribuídos entre as UAPS de cada SR e o CIDH.

Foi critério de inclusão na amostra: ter, pelo menos, um ano de escolaridade ou saber ler e escrever o suficiente para responder o B-TOFHLA, possuir idade ≥ 20 anos e < 60 anos, não sofrer de evidente doença psiquiátrica, não estar em custódia da polícia, ter o mínimo de acuidade visual de 20/50 (Escala de Sinais de Snellen) e aceitar participar do estudo.

Para a seleção dos adultos hipertensos, optou-se pela amostragem por conveniência, na qual foram convidados a participar do estudo os pacientes que aguardavam a consulta, estavam na fila de espera da farmácia ou aguardavam a realização de exames.

Considerando-se a amostra de 369, pensou-se em coletar a mesma quantidade de pacientes em cada UAPS e no CIDH, no entanto devido à dificuldade de encontrar os pacientes na faixa etária estabelecida, a coleta foi realizada de acordo com a demanda encontrada em cada unidade

A seleção das UAPS foi realizada por meio de um sorteio em que foi selecionada uma unidade de cada regional. Contudo, como houve uma demanda insatisfatória para realização do estudo em algumas unidades, foi necessário sortear mais duas unidades de qualquer uma das regionais, sendo sorteada uma UAPS da regional I e outra da regional III. Em seguida, para completar o plano amostral a coleta foi realizada na atenção secundária.

O número de pessoas coletadas na atenção primária resultou em um total de 225 pacientes. Dessa forma, para completar o cálculo amostral, e para ter pacientes da atenção secundária também foram coletados 144 pacientes no CIDH.

Assim, o plano amostral das Unidades de Atenção Primária e Secundária em Saúde foi representada conforme o quadro 3.

Quadro 3: Plano amostral das Unidades de Atenção Primária à Saúde selecionadas por Secretaria Executiva Regional de Fortaleza, Ceará-Brasi, 2015.

SER	UAPS	NÚMERO DE PESSOAS COLETADAS
I	UAPS Carlos Ribeiro	37
	UAPS Floresta	34
II	UAPS Miriam Porto Mota	26
III	UAPS César Cals	10
	UAPS Meton de Alencar	17
IV	UAPS Maria José Turbay Barreira	35
V	UAPS José Walter	29
VI	UAPS Edmar Fujita	37
	CIDH	144
	Total	369

Fonte: próprio autor

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2015.

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: um questionário semiestruturado que continha itens referentes à identificação, características sociodemográficas (sexo, idade, raça, religião, situação conjugal, número de pessoas no domicílio, escolaridade e renda), características clínicas (pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, peso e circunferência abdominal) e características comportamentais que foram inseridas como características clínicas para a realização da análise (sedentarismo, tabagismo, etilismo e se possuía a comorbidade diabetes associada) (APÊNDICE A). Em seguida, para avaliar a Qualidade de Vida foi aplicado o instrumento MINICHAL (ANEXO A) e para avaliação do letramento em saúde foi utilizado o B-TOFHLA (ANEXO B).

Como exigência do teste B-TOFHLA, todas as pessoas que participaram do estudo tiveram sua acuidade visual avaliada, sendo incluídas no estudo, aquelas com acuidade visual mínima de 20/50, segundo a escala de sinais de Snellen (PARKER et al., 1995).

Quanto à aferição da pressão arterial, foi realizada com técnica padronizada e equipamentos calibrados. O método utilizado foi o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro anaeróide calibrado. A pressão arterial foi registrada no dia da coleta de dados e depois categorizada em ótima, normal, limítrofe, HAS estágios 1, 2 e 3 (VI DBH, 2010).

As medidas antropométricas foram realizadas de forma padronizada. Para altura, os examinados permaneceram de pé, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo e sem sapatos, utilizando-se a régua métrica já presente na balança disponível no centro de referência. A medida da Circunferência Abdominal ou da cintura (CA) foi realizada com fita métrica inextensível e com a roupa afastada, localizando-se a fita no ponto médio entre a crista ilíaca anterior e a última costela, sendo os valores normais considerados em 88cm para mulheres e 102cm para homens. O peso foi determinado por balança antropométrica para pessoas adultas, com o participante em pé e com os braços junto ao corpo, com o menor peso de roupa possível e sem sapatos.

O Índice de Massa Corpóreo (IMC) foi obtido ao se dividir o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Os valores do IMC foram classificados em: normal (18,5-24,9 kg/m^2), sobrepeso (25-29,9 kg/m^2) e obesidade ($>30 \text{ kg}/\text{m}^2$).

Em relação às características comportamentais, a pergunta sobre o tabagismo e etilismo foram respondidas (sim / não), no qual foi considerado “sim” aqueles que faziam uso de cigarro ou bebiam constantemente nos últimos anos. Quanto ao sedentarismo (sim / não), foi considerado sedentário o paciente que não praticava pelo menos 30 minutos de atividade

física durante, no mínimo, três dias por semana. Já em relação a Diabetes, foi perguntado se o paciente possuía a doença (sim/não).

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Variável dependente ou de desfecho:

- Qualidade de Vida (ANEXO A)- Melhor/ Pior

4.5.2 Variáveis independentes ou preditoras relacionadas ao hipertenso

Essas variáveis foram investigadas conforme três grandes blocos: 1) características sociodemográficas; 2) Letramento Funcional em Saúde; e 3) Características clínicas.

Bloco 1: Características sociodemográficas

- Sexo (masculino/feminino)
- Faixa etária (em anos)
- Cor (branca/não branca)
- Religião (católica/não católica)
- Situação conjugal (solteiro/casado/união estável/separado/viúvo)
- Número de pessoas no domicílio (<3pessoas/ ≥3pessoas)
- Escolaridade (<8anos/ ≥8anos)
- Renda familiar (<2SM/ ≥2SM)

Bloco 2: Letramento Funcional em Saúde

- Letramento Adequado
- Letramento Inadequado/Marginal

Bloco 3: Características clínicas

- Pressão Arterial (ótima/normal/limítrofe/hipertensão estágio 1, 2, 3)
- IMC (normal/sobrepeso/obesidade)
- Circunferência Abdominal (normal/alterada)
- Tabagismo (sim/não)
- Etilismo (sim/não)

- Diabetes (sim/não)
- Sedentarismo (sim/não)

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As informações foram registradas e analisadas no *software IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 20.0).

Inicialmente, foram calculadas as medidas estatísticas descritivas médias e desvio padrão das variáveis. Após, foi utilizada a estatística analítica bivariada e multivariada, no entrecruzamento das diversas variáveis com utilização dos testes estatísticos.

Na análise bivariada, foi realizado o teste do qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas, considerando em todos os testes o nível de significância estatística de 5%. A variável qualidade de vida (desfecho) foi categorizada a fim de melhorar a análise dos dados. Para estimar a força de associação de possíveis marcadores da qualidade de vida, foi calculada a odds ratio (OR), com intervalo de confiança de 95%.

Na análise multivariada, o procedimento estatístico para o ajuste dos potenciais efeitos de confusão foi a regressão logística múltipla hierarquizada.

Para realização da regressão, as variáveis foram agrupadas em três blocos (Bloco 1: Características sociodemográficas; Bloco 2: Letramento Funcional em Saúde; Bloco 3: Características clínicas).

A análise de regressão logística foi realizada considerando-se o nível descritivo $p < 0,20$ para inclusão no modelo de regressão. A seguir, analisou-se a regressão com as variáveis pré-selecionadas e o critério estabelecido para as variáveis permanecerem no modelo final foi o teste Wald apresentar pelo menos uma categoria com significância estatística de $p\text{-valor} < 0,05$.

Após analisados, os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos para melhor visualização e organização das informações referentes aos objetivos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido, por meio da Plataforma Brasil, ao Comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado sob protocolo de número 1.206.472/2015 (ANEXO C). A folha de rosto (ANEXO D) foi assinada

pela diretora do Centro de Ciências da Saúde da referida universidade, tendo a pesquisa seguido todos os princípios éticos em todas as fases do estudo, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Foram considerados os pressupostos da bioética, com a anuência em termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) pelos participantes do estudo, explicando e firmando o compromisso de manutenção dos princípios de não-maleficência, beneficência, justiça e autonomia a que se compromete a pesquisa, pela proposição do voluntariado com liberdade de participação ou não até o término do estudo, prezando a minimização dos possíveis riscos e busca dos benefícios atuais e potenciais, potencializando a relevância do estudo, com coerência de trazer retorno individual e/ou coletivo com seus resultados.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 369 adultos hipertensos atendidos em Unidades de Atenção Primária em Saúde e no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão do município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Com a intenção de facilitar a compreensão das análises, os resultados foram apresentados em quatro tópicos: 1) Descrição das características sociodemográficas e clínicas, 2) Identificação do Letramento Funcional em Saúde destes pacientes, 3) Avaliação da Qualidade de Vida do público em estudo e 4) Associação das características sociodemográficas, clínicas, LFS e qualidade de vida dos pesquisados.

5.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Entre as características sociodemográficas, destacaram-se frequência, média e desvio padrão das variáveis: sexo, idade, raça, religião, situação conjugal, filhos, escolaridade e renda familiar.

De acordo com o exposto na Tabela 1, verificou-se que a maioria dos hipertensos era do sexo feminino (75,1%). A idade variou de 20 a 59 anos, com média de 49,2 anos ($\pm 8,3$).

Em relação à cor, a maioria (71,8%) informou ser não branca. Quanto à religião, 67,5% dos pesquisados responderam ser católicos. Já em relação à situação conjugal, optou-se por agrupar em duas opções solteiros/divorciados/viúvos e os que referiram ser casados/união representando um pouco mais da metade (58%) dos participantes.

A média de pessoas por domicílio foi de 3,6 incluindo a pessoa pesquisada, a média de anos de estudo foi de $8,30 \pm 3,7$ anos de estudo e menos da metade (46,9%) apresentou renda familiar maior ou igual a 2 salários mínimos.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.

Variáveis	n	%	Média	DP
Sexo				
Masculino	92	24,9		
Feminino	277	75,1		
Idade				
< 40 anos	58	15,7		
40 - 60 anos	311	84,3	49,2	±8,3
Cor				
Branca	104	28,2		
Não branca	265	71,8		
Religião				
Católica	249	67,5		
Não católica	120	32,5		
Situação Conjugal				
Solteiro/separado/viúvo	155	42		
Casado/União estável	214	58		
Número de pessoa no domicílio				
<3pessoas	97	26,3		
≥3pessoas	272	73,7	3,6	±1,6
Escolaridade				
< 8 anos de estudo	143	38,8		
≥ 8 anos de estudo	226	61,2	8,3	±3,7
Renda mensal da família (SM)				
< 2 salários mínimos	196	53,1		
≥ 2 salários mínimos	173	46,9		

f: Frequência absoluta; %: Frequência relativa; Desvio padrão; SM: Salário mínimo (R\$ 788,00 vigente em 2015). Fonte: autoria própria

No concernente às características clínicas, expostas na Tabela 2, a seguir, notou-se que a metade (50,1%) dos hipertensos mantiveram sua PAS dentro dos intervalos de ótima a limítrofe. Da mesma forma, encontrou-se pouco mais da metade (59,4%) dos usuários com níveis pressóricos diastólicos controlados (<90 mmHg).

Tabela 2: Características clínicas dos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.

Variáveis	n	%	Média	DP
Pressão Arterial Sistólica (PAS)				
Ótima (< 120 mmHg)	47	12,7		
Normal (< 130 mmHg)	77	20,9		
Limítrofe (130-139 mmHg)	90	24,4	135,6	±18,5
Hipertensão estágio 1 (140-159 mmHg)	113	30,6		
Hipertensão estágio 2 (160-179 mmHg)	32	8,7		
Hipertensão estágio 3 (≥ 180 mmHg)	10	2,7		
Pressão Arterial Diastólica (PAD)				
Ótima (< 80 mmHg)	62	16,8		
Normal (< 85 mmHg)	136	36,9		
Limítrofe (85-89 mmHg)	13	3,5	85,9	± 10,7
Hipertensão estágio 1 (90-99 mmHg)	96	26		
Hipertensão estágio 2 (100-109 mmHg)	48	13		
Hipertensão estágio 3 (≥ 110 mmHg)	14	3,8		
Índice de Massa Corporal				
Normal (< 25,0 kg/m ²)	55	14,9		
Sobrepeso (25,0 30,0 kg/m ²)	134	36,3	30,5	±5,7
Obesidade (≥30,0 kg/m ²)	180	48,8		
Circunferência Abdominal				
Sexo masculino				
< 102 cm	41	44,6	105,7	±10,3
≥ 102 cm	51	55,4		
Sexo feminino				
< 88 cm	42	15,2	103,3	±12,1
≥ 88 cm	235	84,8		
Diabetes				
Sim	119	32,2		
Não	250	67,8		
Tabagismo				
Sim	19	5,1		
Não	350	94,9		
Etilismo				
Sim	49	13,3		
Não	320	86,7		
Sedentarismo				
Sim	225	61,0		
Não	144	39,0		

Fonte: autoria própria

O estado nutricional, segundo o IMC, evidenciou grande maioria (85,1%) com excesso ponderal, sendo 36,3% com sobrepeso e 48,8% obesos (graus I, II ou III).

No tocante à circunferência abdominal (CA), outro indicador do estado nutricional, verificou-se que, tanto os homens como as mulheres, apresentaram circunferências alteradas; 55,4% dos homens apresentaram $CA \geq 102\text{cm}$, já entre as mulheres, 84,8% estavam com CA aumentada ($\geq 88\text{ cm}$).

Quanto à presença de Diabetes associada à hipertensão, um terço dos participantes (32,2%) referiu possuir a comorbidade. Em relação ao tabagismo, 5,1% responderam fumar atualmente pelo menos um cigarro por dia. Sobre o etilismo, notou-se que 13,3% referiu ingerir bebida alcóolica.

Concernente à prática de atividade física, a grande parte dos participantes (61%) referiu não realizar exercício físico, adotando um estilo de vida sedentário.

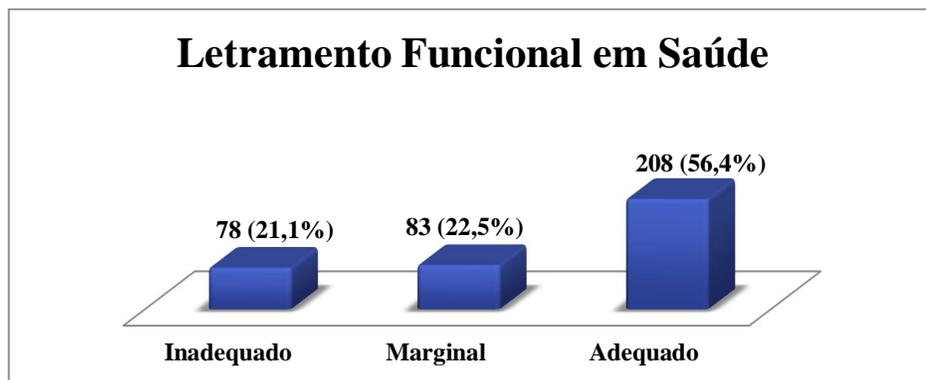
A seguir, tem-se a descrição do Letramento Funcional em Saúde do participantes do estudo.

5.2 IDENTIFICAÇÃO DO LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE

Conforme descrito anteriormente, para identificar o nível de letramento em saúde dos participantes do estudo, utilizou-se a versão breve do TOFHLA, onde os níveis são classificados em inadequado letramento funcional em saúde (0-53 escores); marginal letramento funcional em saúde (54-66 escores) e adequado letramento funcional em saúde (67-100 escores). Dessa forma, de acordo com gráfico 1, notou-se que mais da metade apresentou letramento satisfatório (56,4%).

Gráfico1: Níveis de Letramento Funcional em Saúde dos participantes do estudo (n=369).

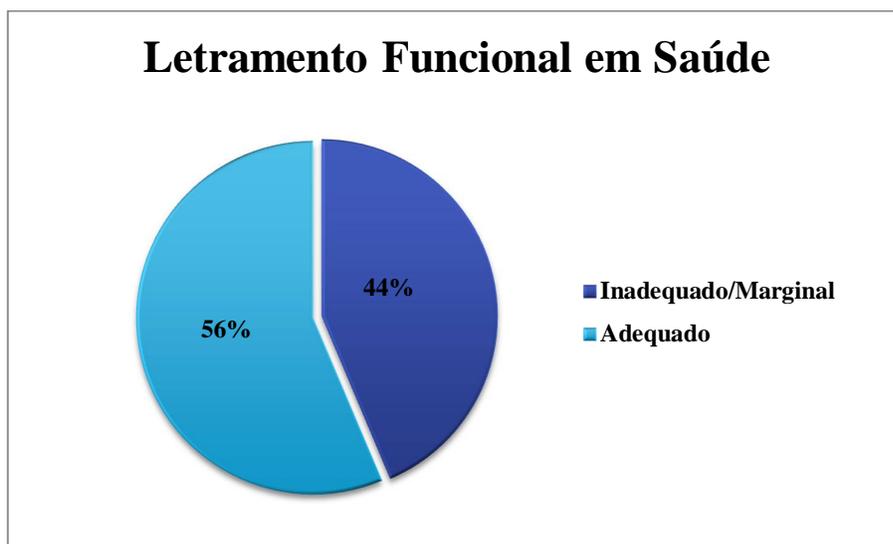
Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: autoria própria

Para melhor visualização dessa variável e mais fácil entrecruzamento dos dados, optou-se por agrupar o letramento inadequado e o marginal, conforme exposto no gráfico 2.

Gráfico2: Perfil do Letramento Funcional em Saúde dos participantes do estudo (n=369). Fortaleza-CE, 2015.

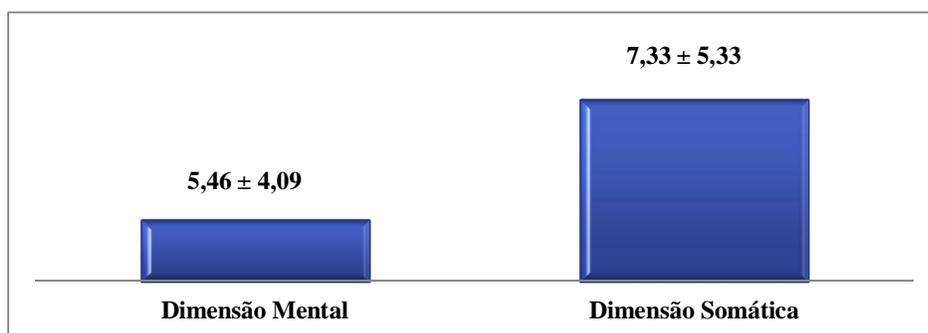


Fonte: autoria própria

5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida dos hipertensos foi mensurada a partir do instrumento MINICHAL. A média da pontuação da QV na dimensão somática foi de $7,33 \pm 5,33$ (pontuação máxima=27 pontos), com valores variando de 0 a 27 pontos. Em relação ao estado mental (pontuação máxima de 21 pontos), a média foi de $5,46 \pm 4,09$ (Gráfico 3).

Gráfico3: Avaliação da média por dimensões de Qualidade de Vida dos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: autoria própria

A média de QV (pontuação máxima =48 pontos), considerando as duas dimensões foi de $12,78 \pm 8,31$. A pontuação global variou de 0 a 44 pontos, apresentando uma frequência de 55,3% dos hipertensos com até 12 pontos.

Ao intencionarmos categorizar a QV em seu desfecho, não encontramos referência quanto ao ponto de corte. Mas, considerando que a média global de QV no estudo piloto e neste atual foi em torno de 13 pontos, que 55,3% deles tinha até 12 pontos de média e que, quanto mais próximo de zero a média obtida com o preenchimento do MINICHAL, melhor a QV, delineamos nosso plano de corte da seguinte maneira: <13 pontos (QV melhor) e ≥ 13 pontos (QV pior) (Tabela 3).

Tabela 3: Categorização da Qualidade de Vida dos hipertensos (n=369), de acordo com a pontuação. Fortaleza-CE, 2015.

Variável	n	%	Média
Qualidade de Vida			$12,78 \pm 8,31$
Melhor			
<13 pontos	204	55,3	
Pior			
≥ 13 pontos	165	44,7	

Fonte: autoria própria

Quanto à avaliação da última pergunta presente no instrumento: Você diria que sua hipertensão e o tratamento têm afetado a sua qualidade de vida? Notou-se que quase grande parte (59,6%) respondeu que a hipertensão e o tratamento não influenciam na qualidade de vida, conforme apresentado na tabela 4 a seguir:

Tabela 4: Influência da hipertensão e tratamento na qualidade de vida dos participantes do estudo (n=369). Fortaleza-CE, 2015.

Variável	n	%
Você diria que sua hipertensão e o tratamento têm afetado a sua qualidade de vida?		
Não, absolutamente	220	59,6
Sim, pouco	61	16,5
Sim, bastante	39	10,6
Sm, muito	49	13,3

Fonte: autoria própria

5.4 ASSOCIAÇÃO DO LFS, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA

Ao realizar a análise bivariada das variáveis referentes ao LFS, características sociodemográfica e clínicas com a categorização da QV, apresentaram associação estatisticamente significativa com a QV ($p < 0,05$) o LFS, as variáveis sexo, escolaridade e renda (bloco 2) e a variável sedentarismo (bloco 3), conforme apresentado na tabelas 5.

Tabela 5: Análise bivariada do LFS, características sociodemográficas e clínicas associado à qualidade de vida dos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.

Variáveis	Qualidade de Vida				p*	OR BRUTO (IC95%)
	Melhor		Pior			
	n	%	n	%		
Características sociodemográficas						
Sexo						
Feminino	132	47,7	145	52,3		
Masculino	72	78,3	20	21,7	0,00	3,95(2,28-6,84)
Idade						
< 60 anos	36	62,1	22	37,9		
≥ 60 anos	168	54	143	46,0	0,25	1,39(0,78-2,47)
Cor						
Branca	60	57,7	53	42,3		
Não branca	144	54,3	125	45,7	0,56	1,14 (0,72-1,81)
Religião						
Católica	139	55,8	110	44,2		
Não católica	65	54,2	121	45,8	0,76	1,06 (0,69-1,65)
Situação Conjugal						
Solteiro/separado/viúvo	85	54,8	70	45,2		
Casado/União estável	119	55,6	95	44,4	0,88	0,97 (0,64-1,46)
Número de pessoa no domicílio						
<3pessoas	53	54,6	44	45,4		
≥3pessoas	151	55,5	121	44,5	0,88	0,96 (0,60-1,53)
Escolaridade						
< 8 anos de estudo	63	44,1	80	55,9		
≥ 8 anos de estudo	141	62,4	85	37,6	0,00	2,10(1,37-3,22)
Renda mensal da família (SM)						
< 2 salários mínimos	85	43,4	111	56,6		2,87 (1,87-4,41)
≥ 2 salários mínimos	119	68,8	54	31,2	0,00	
Letramento Funcional em Saúde						
Inadequado/Marginal	75	46,6	86	53,4		1,87 (1,23-2,84)
Adequado	129	62,0	79	38,0	0,00	

Características clínicas						
PAS						
Normal	65	52,4	59	47,6		
Alterada	139	56,7	106	43,3	p=0,43	0,84 (0,54-1,29)
PAD						
Normal	112	56,6	86	43,4		
Alterada	92	53,8	79	46,2	p=0,59	1,11 (0,74-1,69)
IMC						
Normal	33	60,0	22	40,0		
Alterado (sobrepeso/obesidade)	171	54,5	143	45,5	p=0,44	1,25 (0,70-2,24)
CA						
Normal	49	59	34	41,0		
Alterada	155	54,2	131	45,8	p=0,43	1,22 (0,74-1,99)
Diabetes						
Sim	55	46,2	64	53,8		
Não	149	59,6	101	40,4	p=0,16	0,58 (0,37-0,90)
Tabagismo						
Sim	11	57,9	8	42,1		
Não	193	55,1	157	44,9	p=0,81	1,12 (0,44-2,84)
Etilismo						
Sim	33	67,3	16	32,7		
Não	171	53,4	149	46,6	p=0,07	1,80 (0,95-3,39)
Sedentarismo						
Sim	94	49,5	96	50,5		
Não	110	61,5	69	38,5	p=0,02	1,62 (1,07-2,46)

*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança. Fonte própria.

No entanto, para serem incluídas na etapa de ajuste do modelo de regressão logística, as variáveis precisariam apresentar significância estatística $p < 0,20$. Desta forma, foram selecionadas para a análise multivariada as variáveis sexo, escolaridade e renda (bloco 1), letramento funcional em saúde (bloco 2) e as variáveis diabetes, etilismo e sedentarismo (bloco 3). Identificadas as variáveis com $p < 0,20$, procedeu-se à análise multivariada, com a etapa de ajuste.

Após a análise de regressão logística, o modelo final apresentou-se como exposto na tabela 6.

Tabela 6: Análise multivariada do letramento, características sociodemográficas e clínicas por blocos associadas à qualidade de vida de adultos hipertensos (n=369). Fortaleza-CE, 2015.

Variáveis	Intervalo de confiança de 95% para Exp b				
	B (EP)	p	Inferior	Exp b	Superior
Sexo	1,24	0,00	1,87	3,47	6,42
Renda mensal da família	0,83	0,00	1,45	2,30	3,65
Escolaridade	0,38	0,13	0,89	1,46	2,36
Letramento Funcional em Saúde	0,30	0,22	0,84	1,35	2,19
Diabetes	0,42	0,48	1,00	1,62	2,64
Etilismo	0,08	0,84	0,51	1,08	2,32
Sedentarismo	0,42	0,07	0,96	1,52	2,40

EP=erro padrão; Nota: X^2 do modelo= 60,5, $p=0,000$; 12,04. (Hosmer e Lemeshow), 0,15 (Cox & Snell), 0,20 (Nagelkerke).

Portanto, a aplicação do modelo de regressão logística hierarquizado adotado para verificar quais os melhores preditores estariam associados à QV mostrou-se válida para sexo e renda.

6 DISCUSSÃO

A QV compreende conhecimentos, satisfação, experiências e valores de indivíduos e coletividades que se relacionam em diferentes contextos da vida humana, não se restringindo a determinado grupo social, mas podendo ser influenciada em adultos acometidos por algum tipo de doença. Assim, destaca-se a preocupação em conhecer como essas enfermidades e comprometem a vida dos indivíduos, focalizando as análises na qualidade de vida relacionada à saúde.

Os resultados do presente estudo apontaram que, dentre os hipertensos pesquisados, houve predominância do sexo feminino (75,1%) convergindo com o estudo realizado também em Fortaleza por Souza (2015) e no estado da Bahia por Ribeiro et al. (2015), no qual identificou-se maior percentual de mulheres hipertensas, (78,4%) e (70,4%), respectivamente. Isso pode decorrer das características da mulher como cuidadora e mais atenta aos aspectos de sua saúde, ocasionando, assim, maior demanda feminina na procura pelos serviços de saúde.

Com relação à faixa etária, contou-se com indivíduos de 20 a 60anos, com média de $49,18 \pm 8,34$ anos. Esse achado confirma que, com o aumento da idade, cresce também a frequência de problemas crônicos, dentre eles, a hipertensão arterial. Nota-se que a população está envelhecendo e cada vez mais são observadas pessoas chegando à oitava década de vida. No entanto, apesar da enfermidade acometer mais os idosos, pessoas jovens têm desenvolvido a doença cada vez mais cedo, em virtude do sobrepeso, sedentarismo e do consumo de alimentação rica em sal e gordura, e pobre em frutas, vegetais e legumes (VI DBH, 2010).

Na presente pesquisa, a raça não branca foi a mais informada pelos participantes. Sobretudo, a prevalência de HAS na cor não branca é descrita na literatura como maior que a branca, tendo a hipótese que alguns fatores biológicos intrínsecos influenciam na prevalência e na gravidade da doença (LIMA et al., 2010; LUNA, 2009; RIBEIRO et al., 2015).

Quanto à religião, 67,5% dos pesquisados responderam ser católicos. Há estudos que sugerem estreita relação entre espiritualidade/ religiosidade e qualidade de vida. Enquanto alguns mostram associações positivas da dimensão espiritual/religiosa com as dimensões social e psicológica de QV (bem-estar, satisfação de vida, estabilidade no casamento, valores pró-sociais), outros mostram associações negativas (ansiedade, depressão, suicídio e comportamentos de risco) (CUCCHIARO; DALGALARRONDO, 2001; KOENIG, 2001; PANZINI et al., 2011).

Quanto à situação conjugal, pouco mais da metade (58%) informou a presença de companheiro no domicílio, sejam casados ou em regime de união consensual. Corrobora, assim, com Carvalho et al. (2013) que avaliou a influência da qualidade de vida em pessoas com hipertensão, no qual 54,1% eram casados ou moravam com companheiro. No estudo de Brito et al. (2008), realizado no município de Fortaleza-Ceará, quando indagados sobre a situação conjugal, 55,8% também referiram relacionamento estável. Dessa forma, destaca-se a figura do companheiro no cuidado e acompanhamento do paciente hipertenso, a fim de proporcionar condições para melhor qualidade de vida.

A média de pessoas por domicílio foi de 3,5 incluindo o pesquisado, assim como no estudo realizado por Carvalho et al., (2012), na cidade de Teresina- Piauí, no qual a média de pessoas que residiam por domicilio foi de 3,94.

A presença do cônjuge ou outro membro da família no domicílio é, muitas vezes, indicação de alto nível de apoio social disponível, pois os cuidadores geralmente vivem com o indivíduo e fornecem compromisso e proximidade. Além disso, o cônjuge ou outro membro da família geralmente é o principal sistema de suporte da pessoa e, embora não se saiba exatamente o tipo de apoio fornecido, o cuidador desempenha papel crucial na adesão ao tratamento, contribuindo para a redução do risco de hospitalização e de mortalidade (CHUNG et al., 2009).

Para o presente estudo foi critério de inclusão ter, pelo menos, um ano de escolaridade ou saber ler e escrever o suficiente para responder o instrumento Breve-TOFHLA. Assim, destaca-se que 38,8 % dos participantes ainda apresentaram menos que oito anos de estudo, o equivalente ao ensino fundamental completo ou incompleto.

Estudo sobre qualidade de vida realizado por Souza (2015) com pessoas hipertensas em Fortaleza-Ceará mostrou que o nível de escolaridade foi considerado baixo em 71,6% da população do estudo. Já no estudo de Modeneze et al. (2013), a maioria apresentou ter mais que oito anos de estudo (58.6%), corroborando com o presente estudo, e sugere um possível efeito da educação sobre a qualidade de vida de idosos, o que reforça a necessidade de investimento em educação também para essa faixa etária da população.

Considera-se a escolaridade como um dos fatores determinantes na qualidade de vida, uma vez que a baixa escolaridade pode dificultar a assimilação de orientações dispensadas pelos profissionais de saúde às pessoas com hipertensão necessárias para manter ou melhorar seu bem-estar (GUEDES et al., 2005).

Quanto à renda, verificou-se que pouco menos da metade (46,9%) apresentou renda familiar maior ou igual a 2 salários mínimos. De acordo com Carvalho et al., (2012), na

cidade de Teresina/Piauí, 75,5% dos indivíduos apresentaram renda de 1 a 3 salários mínimos *per capita*.

A baixa renda familiar demonstra que a capacidade de aquisição dos recursos necessários para o acompanhamento do tratamento torna-se prejudicada. Como, por exemplo, gastos com transporte para ir ao serviço de saúde, aquisição dos medicamentos não disponibilizados na rede pública, alimentação recomendada, todos esses gastos oneram o orçamento familiar, podendo, dessa forma, diminuir a qualidade de vida do paciente.

Referente às características clínicas, pouco mais metade das pessoas com HAS conseguia manter sua PAS e PAD dentro dos intervalos de ótima a limítrofe, com médias de $135,58 \pm 18,49$ mmHg e $85,97 \pm 10,72$ mmHg, respectivamente. Esses resultados são coincidentes com um estudo desenvolvido na atenção primária da cidade de São Paulo por Pierin et al., (2011), segundo o qual, do total de hipertensos avaliados (n=440), 45,5% estavam com a PA controlada, ou seja, apresentavam PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg.

Estudos comprovam que o melhor controle da pressão arterial tem um impacto positivo na QV, sendo um fator independente para a sua melhora. Isto acontece devido ao não controle da pressão arterial trazer maior reação de ansiedade e depressão e, conseqüentemente, piora na qualidade de vida (BEZERRA e VEIGA, 2013).

A presença do sobrepeso e da obesidade também foi evidenciada nesse estudo, corroborando com outras pesquisas e alertando sobre a necessidade de intervenção a fim de minimizar a influência desse fator de risco sobre a hipertensão arterial (BEZERRA; VEIGA, 2013; NOGUEIRA et al., 2010; RISSARDO et al., 2012).

Com relação ao IMC, a grande maioria dos participantes estava com excesso ponderal (85,1%), sendo 36,3% com sobrepeso e 48,8% obesos (graus I, II ou III). De acordo com Vigetel-Brasil realizado em 2014, Fortaleza é uma das capitais do Brasil que apresenta maior número pessoas com excesso de peso (BRASIL, 2015).

Conforme as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) o incremento de 2,4 kg/m² no IMC acarreta maior risco de desenvolver HAS. Desta maneira, recomenda-se a manutenção do peso ideal com IMC inferior a 25 Kg/m², pelo aumento da atividade física e dieta hipocalórica.

No tocante à circunferência abdominal, outro indicador do estado nutricional, verificou-se que tanto os homens como as mulheres apresentaram circunferências alteradas. A maioria dos homens (55,4%) e a grande maioria das mulheres estavam fora do parâmetro considerado normal, corroborando com outro estudo também realizado em Fortaleza, no qual

a CA representou uma variável preocupante, pois teve média de $103,74 \pm 12,48$ cm (SILVA, 2015).

Tanto a circunferência como o IMC apresentam forte associação com a ocorrência de HAS, pois os depósitos de gordura aumentam o risco da doença, seja na região abdominal ou em outras regiões do corpo (VI DBH, 2010).

Quanto à presença de Diabetes, um terço dos participantes (32,2%) referiu possuir a doença, corroborando com o estudo de Bezerra e Veiga (2013), no qual 28,81 dos participantes possuía a comorbidade associada a HAS. A presença de outra doença e tratamento além da hipertensão ou uso de anti-hipertensivos é um fator a influenciar na qualidade de vida (MELCHIORS et al., 2010).

Em relação ao tabagismo, 5,1% dos participantes fuma atualmente e 13,3% faz uso de bebida alcoólica. Segundo identificaram Pierin et al. (2011) em estudo desenvolvido com hipertensos atendidos na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde da região Oeste da cidade de São Paulo em relação aos hábitos de vida, a maioria dos entrevistados (67,9%) referiu não fumar e 85,3% não ingerir bebidas alcoólicas. Estes dados se assemelham aos encontrados nesse estudo.

Concernente à prática de atividade física, grande parte dos participantes (61%) referiu possuir o hábito sedentário, adotando um estilo de vida sedentário. Esse dado também foi constatado no estudo de Ribeiro et al. (2015), no qual a prática de atividade física foi negada por 66,4% dos hipertensos participantes da pesquisa.

Contudo, a prática regular de atividade física é considerada de suma importância para o controle da HAS, além de promover ações de promoção da saúde que melhoram a qualidade de vida do indivíduo (VI DBH, 2010). Dessa forma, o exercício físico regular torna a pessoa mais calma, traz múltiplos benefícios para o sistema cardiovascular e auxilia no tratamento das pessoas com hipertensão (BRITO et al., 2008).

Com o intuito de identificar o letramento funcional em saúde dos participantes do estudo, utilizou-se a versão Breve do TOFHLA. Assim, notou-se que pouco mais da metade apresentou letramento satisfatório (56,4%), concordando com o estudo realizado por Maragno (2009) no postos de saúde de uma cidade localizada no Sul do Brasil, no qual 87% dos pacientes possuía adequado letramento em saúde. Destaca-se também que a pesquisa realizada por Carthery-Goulart et al. (2009), que foi o primeiro estudo que aplicou o Breve TOFHLA, traduzido para a Língua Portuguesa no Brasil, apresentou 32,4 % dos participantes com letramento inadequado. Já estudo realizado em Fortaleza com pacientes diabéticos

identificou que 65,9% apresentaram letramento em saúde inadequado (SAMPAIO et al., 2015).

Apesar de ainda ser pequeno o número de pesquisas envolvendo o letramento em saúde no Brasil, já é notório o alto percentual de pessoas com limitado LFS nos escores do Breve TOFHLA. Assim, o letramento inadequado dos pacientes pode acarretar em prejuízos para a tomada de decisão relacionada à saúde e afetar sua qualidade de vida.

No presente estudo, a QV foi mensurada a partir do instrumento MINICHAL, ele aborda dois domínios: o mental e o somático. O domínio mental avalia as relações sociais do paciente, se ele se sente esgotado e sem forças, sua capacidade de tomar decisões e iniciar coisas novas, sua capacidade de realizar atividades habituais de cada dia, ou seja, avalia o estado psicológico do indivíduo. Já o domínio somático é relativo ao corpo e pode ser relacionado ao fator emocional, ocasionando o aparecimento de alguma lesão orgânica. Avalia se o durante os últimos sete dias o paciente teve a sensação que estava doente, inchaço nos tornozelos, boca seca, se tem urinado com mais frequência, sentido dor no peito sem fazer esforço e se tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo.

Dessa forma, a média da pontuação da QV na dimensão somática foi de $7,33 \pm 5,33$ e em relação ao estado mental, a média foi de $5,46 \pm 4,09$. A pontuação global variou de 0 a 44 pontos, mas a média de QV, considerando as duas dimensões foi de $12,78 \pm 8,31$. Valores aproximados foram encontrados no estudo de Souza (2015), que obteve média global de QV de $11,66 \pm 7,55$, tendo o score para o domínio somático média de $6,00 \pm 4,53$ e para o domínio mental de $5,57 \pm 4,01$. No estudo de validação do MINICHAL para o Brasil, a média global obtida foi de $7,18 \pm 6,76$ (SCHULZ, 2008). Já o estudo realizado em Recife apresentou altos valores para a QV. No domínio estado mental a média encontrada foi $14,02 \pm 5,98$ e de $11,17 \pm 4,65$ para o domínio manifestações somáticas (CAVALCANTI, 2013).

Como, quanto mais próximo de zero, melhor a qualidade de vida, tem-se resultados destoantes. A divergência nos resultados encontrados pode estar relacionada às regiões onde foram realizadas as pesquisas, ao longo período da doença, as suas repercussões, comorbidades associadas ou ao uso de vários fármacos.

Em relação à última pergunta do instrumento MINICHAL você diria que sua hipertensão e o tratamento têm afetado a sua qualidade de vida? Notou-se que quase grande parte (59,6%) respondeu que a hipertensão e o tratamento não influenciam na qualidade de vida. Este resultado indica baixo comprometimento na percepção da influência da HAS e de seu tratamento na QV. No presente estudo, a qualidade de vida pode ter sido positivamente percebida devido à característica crônica de evolução da doença, que

possivelmente faz com que o indivíduo se adapte a sua condição de saúde, não ocorrendo interferência em aspectos relacionados ao bem estar material, físico e/ou emocional, comumente relacionados ao conceito de qualidade de vida.

A HAS contribui significativamente para modificações na QV das pessoas por interferir na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano. No entanto, os achados evidenciam que uma diminuição na QV está normalmente associada a casos mais graves das doenças e que a manutenção da melhor QV é de grande relevância para que estas comorbidades não afetem sobremaneira a vida das pessoas acometidas por elas (RABELO et al., 2011).

Os estudos que avaliam a qualidade de vida em hipertensão vêm crescendo nos últimos anos, no entanto, as publicações utilizando questionários específicos ainda são escassos.

Assim, a medida da qualidade de vida em pacientes com hipertensão, a partir do MINICHAL, corresponde a uma tentativa de verificar os principais fatores ligados à hipertensão que podem influenciar a sensação de bem-estar do paciente (SCHULZ, 2008).

Neste estudo, para análise bivariada, optou-se por dicotomizar a pontuação da QV, apesar de não ser encontrada anteriormente na literatura uma classificação categórica para o instrumento MINICHAL.

A análise do letramento funcional em saúde apresentou associação com o desfecho, na bivariada, sendo o letramento inadequado um fator de risco para melhor qualidade de vida [OR=1,87 (IC:1,23-2,84)]. No entanto, na análise multivariada, esta característica não manteve associação com o desfecho, o que pode ter decorrido da influência de outros fatores na QV. Contudo, entende-se a relevância dessa variável até mesmo para outras variáveis aqui estudadas, pois pacientes com baixo ou inadequado letramento em saúde terão dificuldades em entender informações em saúde (SORENSEN et al., 2012), podendo assim, interferir na sua qualidade de vida.

O LFS deve ser visto como um resultado chave da educação em saúde (ROOTMAN, 2002), que, por sua vez, é um campo de responsabilidade primordial da promoção da saúde. Assim, a educação em saúde deve ser concebida como um instrumento para a promoção da saúde e também um poderoso mecanismo para promover o Letramento Funcional em Saúde, porque aumenta a capacidade do indivíduo para acessar e usar as informações em saúde, com vistas à tomada de decisões adequadas, melhorar e manter uma boa saúde (KANJ; MITIC, 2009).

Ao realizar a análise bivariada das características sociodemográficas com o desfecho, apresentaram associação estatisticamente significativa as variáveis: sexo feminino com 3,99 mais chances de obter qualidade de vida inadequada (OR= 3,99 [IC:2,28-6,84]; p=0,00), a escolaridade < 8 anos (OR= 2,10 [IC:0,37-0,86]; p=0,01) e a renda \geq 2 SM (OR= 2,87 [1,87-4,41]; p=0,00) como sendo um fatores de risco para uma pior QV. A variável sedentarismo foi a única das características clínicas que apresentou associação significativa (OR= 1,62 [IC:1,07-2,46]; p=0,02), ou seja, quem não realiza atividade física tem maior chance de possuir uma pior QV.

Melhoria na QV dos pacientes com HAS pode ser observada quando esse tem melhor nível educacional e estão trabalhando. Além disso, observa-se também melhoria na QV em indivíduos do sexo masculino, principalmente no fator emocional, demonstrando que este tipo de população tolera mais as doenças crônicas sem se tornar emocionalmente afetada (YOUSSEF; MOUBARAK; KAMEL, 2005).

Para a análise multivariada, as variáveis PAS, CA, Diabetes e etilismo foram incluídas na etapa de ajuste do modelo de regressão logística (p<0,20). No entanto, no modelo final de regressão, continuaram com associação estatística significativa, ao nível de p<0,05, apenas as variáveis sexo e renda.

Os dados apresentados assemelham-se aos do estudo de Carvalho et al. (2013), ao referir que os hipertensos do sexo masculino e aqueles com maior renda apresentam melhor QV.

O fato de os homens apresentarem melhor QV pode ser compreendido por causa das mulheres referirem-se mais frequentemente a sentimentos de insatisfação e, além disso, os homens têm maior tolerância a doenças crônicas, não sendo emocionalmente tão afetados quanto as mulheres (YOUSSEF, MOUBARAK e KAMEL, 2005).

Em relação à questão financeira, os pacientes com maior renda apresentaram melhor QV, pois os rendimentos financeiros podem interferir no estado físico e mental, uma vez que garantem acessibilidade ao tratamento e à compra de medicamentos, além de proporcionar uma vida tranquila em relação à aquisição de bens (CARVALHO et al., 2013).

Dessa forma, ressalta-se a necessidade de novos estudos para a investigação sobre os fatores que afetam a QV e a influência recebida do LFS nesse público, a fim de confirmar os achados do presente estudo e, ainda, de fazê-lo com outras populações.

7 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu investigar a associação entre letramento funcional em saúde e qualidade de vida em adultos hipertensos atendidos no município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

A hipertensão é uma doença altamente prevalente na população brasileira, tornando-se um fator relevante na morbimortalidade por doenças crônicas. Assim, a avaliação da qualidade de vida em indivíduos hipertensos é um fator determinante para avaliar a melhora do indivíduo após a adaptação e aceitação da doença e tratamento.

No presente estudo, a análise dos dados obtidos possibilitou verificar que, em relação às características sociodemográficas dos adultos hipertensos, houve predominância do sexo feminino, a maioria possuía cor não branca, católicos, pouco mais da metade referiu ser casado ou possuía união estável, a média de pessoas por domicílio foi de aproximadamente três pessoas incluindo o participante do estudo, menos da metade referiu possuir menos que oito anos de estudo e pouco mais da metade apresentou renda familiar maior ou igual a dois salários mínimos.

No tocante às características clínicas, a metade dos hipertensos mantiveram sua PAS dentro dos intervalos de ótima a limítrofe e um pouco mais da metade com níveis pressóricos diastólicos controlados. Quanto ao índice de massa corpórea, observou-se grande maioria dos adultos com excesso ponderal. Em relação a CA, tanto os homens como as mulheres apresentaram circunferências alteradas. Quanto à presença de Diabetes, um terço referiu possuir a comorbidade. Já em relação ao tabagismo e etilismo, poucos participantes do estudo fumam ou bebem atualmente. Concernente à prática de atividade física, grande parte dos participantes referiu adotar um estilo sedentário.

O letramento funcional em saúde foi classificado como inadequado/marginal em quase metade dos participantes do estudo. Fato que pode comprometer sua qualidade de vida, pois o baixo letramento constitui como fator de risco para o controle da hipertensão e melhora da QV, uma vez que contribui para a dificuldade de entendimento e aquisição de hábitos de vida saudáveis.

A qualidade de vida dos hipertensos foi mensurada a partir do instrumento MINICHAL, sua pontuação foi categorizada e classificada em QV adequada e QV inadequada. Assim, observou-se que pouco mais da metade das pessoas com hipertensão apresentaram melhor QV e que o convívio com a HAS não é, isoladamente, um fator depressor da QV.

Os achados do presente estudo indicam a necessidade dos profissionais de saúde dar maior atenção à qualidade de vida dos pacientes, na busca de modificações na abordagem terapêutica de maneira geral.

Partindo-se para a análise inferencial, foi possível constatar na análise bivariada que houve associação estatística com o desfecho, as variáveis: LFS, sexo, escolaridade e sedentarismo. As variáveis PAS, CA, Diabetes e etilismo foram acrescentadas à etapa de ajuste do modelo de regressão logística. No modelo final permaneceram associados significativamente ao desfecho, apenas as variáveis sexo e renda. Compreende-se, assim, que os pacientes do sexo masculino possuem melhor QV ao ser comparados com o sexo feminino e, que uma renda maior ou igual a dois salários mínimos contribui significativamente para a melhor QV dos pacientes.

Ressalta-se que, apesar do LFS não ter permanecido no modelo final de regressão, ele possui grande relevância para uma melhor QV. Destaca-se que, apesar de ainda ser pequeno o número de pesquisas envolvendo letramento em saúde no Brasil, nota-se o alto percentual de indivíduos com limitado ou inadequado letramento.

Essa situação sugere a necessidade de mudança no enfoque de educação em saúde e na utilização de uma linguagem comum entre os profissionais e os pacientes.

Sendo assim, sugere-se a realização de outros estudos que investiguem a associação do letramento e QV dos pacientes hipertensos, de modo a investigar também outros fatores que afetem a qualidade de vida desse público.

REFERÊNCIAS

BADIA, X.; ROCA-CUSACHS, A.; DALFÓ, A.; GASCÓN, G.; ABELLÁN, J. LAHOZ, R et al. Validation of the short form of the Spanish hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). **Clin Ther**, n. 24, p.2137-54, 2002.

BAKER, David W. The Meaning and the Measure of Health Literacy. **J Gen Intern Med**, New York, NY, v. 21, n. 8, p. 878–883, 2006.

BERKMAN, Nancy D.; DAVIS, Terry C.; MC CORMACK, Lauren. Health Literacy: What Is It?, **Journal of Health Communication: International Perspectives**, Bethes-da, v. 15, n. 2 (Supplement), p. 9-19, 2010.

BEZERRA, S.M.M.S.; VEIGA, E.V. Qualidade de vida entre pessoas com hipertensão arterial atendidos em unidades de estratégias de saúde da família. **Rev enferm UFPE online**, Recife, n. 7, p.7055-63, dez., 2013.

BORGES, J.W.P. et al. *Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL): análise por meio da Teoria da Resposta ao Item*. 17 f. 2015. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/12**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, D.M.S; ARAÚJO, T.L; GALVÃO, M.T.G.; THEREZA MARIA MOREIRA, T. M. M.; LOPES, M. V. O. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 4, p. 933-940, abr, 2008.

CABRAL, L. A. **Alfabetização em saúde e nutrição para prevenção e controle de doenças crônicas não-infecciosas: uma revisão sistemática**. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2011.

CARTHERY-GOULART, M. T.; ANGHINAH, R.; AREZA-FEGVVERES. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n. 4, p. 631-8, 2009.

CARVALHO, M. V.; SIQUEIRA, L. B.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 2, n. 100, p. 164-174, 2013.

CARVALHO, M. V., SIQUEIRA, L. B., SOUSA, A. L. L., JARDIM, P. C. B. V. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol**, n. 100, v. 2, p.164-174, 2013.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro .v. 17, n. 7, p.1885-1888, jul, 2012.

CAVALCANTI, F. C. R.; GOMES, E. T.; VEIGA, E. V.; BEZERRA, S. M. M. S.. Perfil de saúde e avaliação da qualidade de vida de hipertensos pelo instrumento específico MINICHAL-Brasil. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, n. 7, v. 12, p.6732-40, dez., 2013.

CHUNG, M. L. et al. Marital status as an independent predictor of event-free survival of patients with heart failure. **Am J Crit Care**, v. 18, n. 6, p. 562-570, 2009.

COELHO, M. A. M. **Guia alimentar para a população em sua versão de bolso e o usuário do SUS: subsídios para a elaboração de materiais de educação nutricional apoiados nos pressupostos do letramento em saúde**. 2013. 207f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2013.

COLBERT, Alison 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.

CUCCHIARO G.; DALGALARRONDO P. Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: a schoolbased study in two contrasting urban areas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 29, n. 3, p. 213-21, 2007.

DINIZ, D. P. Qualidade de vida relacionada à saúde e ao trabalho. In: _____. **Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2013. cap. 1, p. 1-10.

FERREIRA, RA; BARRETO, SM; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n.5, abr, 2014.

FLECK, M. P. A. **Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, E. B. et al . Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 4, Aug, 2012.

GUEDES, N. G. et al. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 39, n. 2, p. 181-188, 2005.

HULLEY, S.B.; BROWNER, W.S.; CUMMINGS, S.R.; GRADY, D.; NEWMAN, T.B. Delineando a pesquisa clinica: uma abordagem epidemiologica. ARTMED; 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Ceará. Fortaleza. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativa da População 2015**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232PB>. Acesso em: 24 de outubro de 2015.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 367 p.

ISHIKAWA, Hirono; NOMURA, Kyoko; SATO, Mikiya *et al.* Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. **Health Promotion International**, Bethesda, v. 23, n. 3, p. 269-274, 2008.

ISHIKAWA, H.; KIUCHI, T. Health literacy and health communication. **Biopsychosocial Medicine**, v. 4, n. 18, p. 1-5, 2010.

JAY, Melanie; ADAMS, Jennifer; HERRING, Sharon J. *et al.* A randomized trial of a brief multimedia intervention to improve comprehension of food labels. **Prev Med**, Bethesda, v. 48, n. 1, p. 25-31, 2009.

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.

KANJ, Mayagah; MITIC, Wayne. **Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region.** In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). VII Conferência Global de Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Fechando o Gap Implementação Nairobi, Quênia, 26-30 outubro 2009.

KŁAK, A., MIŃKO, M.; SIWCZYŃSKA, D.; SAMOLIŃSKI, B.. Selected questionnaire methods studying the quality of life. **Postep Derm Alergol**, n. 23, v. 3, p. 210–215, 2015.

KLEIMAN, Ângela B. (org). **Os significados do letramento: uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita.** Campinas: Mercado das Letras, 1995. 294 p.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Revista Salus-Guarapuava-PR**, v. 1, n. 1, p. 13-15, jan./jun. 2007.

KOENIG HG. Religion and Medicine II: Religion, mental health and related behaviors. *Int J Psychiatry Med.* 2001;31(1):97-109.

KUTNER, Mark; GREENBER, Elizabeth; JIN, Ying *et al.* **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483).** U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006.

LIMA, H. P. *et al.* Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 170-178, 2010.

LIMA, KS; ALMEIDA, AM. O conhecimento sobre a Hipertensão Arterial e suas Complicações. **Revista Baiana de Saúde Pública.** Feira de Santana (BA), v.38, n.4, p.865-881, out/dez, 2014.

LUNA, R. L. **Hipertensão** arterial: diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. 252 p.

MARAGNO, CAD. Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso. (Dissertação de mestrado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Faculdade de Farmácia. **Programa de Pós-Graduação em ciências Farmacêuticas**. Porto Alegre, 2009.

MELCHORS, A. C.; CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; SANTOS, F. O. S.; SOUZA, R. A. P. Qualidade de Vida em Pacientes Hipertensos e Validade Concorrente do Minichal-Brasil. **Arq Bras Cardiol**, n. 94, v.3, p.357-364, 2010.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MODENEZE, D. M.; MACIEL, E. S.; VILELA JÚNIOR, G. B.; SONATI, J. G.; VILARTA, R. Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidades. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 387-399, 2013.

NOGUEIRA D, FAERSTEIN E, COELI CM, CHOR D, LOPES CS, WERNECK GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, n. 27, v.2, p.103-9, 2010.

NURSS, Joanne R.; PARKER, Ruth M.; WILLIAMS, Mark V.; BAKER, David W. **Test of Functional Health Literacy in Adults**. Hartford: Peppercorn Books and Press, Inc, 1995.

NUTBEAM, Donald. The evolving concept of health literacy. **Social Science Medicine**, Bethesda, v. 67, n.12, p. 2072–2078, 2008.

OLNEY, C.A.; WARNER, D.G.; REYNA, G. et al. MedlinePlus and the challenge of low health literacy: findings from the Colonias project. **Med Libr Assoc**, Bethesda, v.95, n.1, p.31-39, 2007.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Cuidados Primários de Saúde, 2008.

PANZINI, R. G; MAGANHA, C.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Rev Saude Publica**, n. 45, v. 1, 2011.

PARKER, R. et al. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' health literacy. **Journal of General Internal Medicine**, v.10, p. 537–541. 1995.

PASSAMAI, M.P.B et al. Letramento Funcional em Saúde e Nutrição. Fortaleza: EdUECE, 2011. p.:95.

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**. 2012. Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

PASSAMAI, M.P.B; SAMPAIO, H. A.C; LIMA, J.W.O. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde**. Fortaleza : EdUECE, 2013.255: il.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16,p.1389-1400, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RABELO, D. F. et al. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 115-130, mar. 2011.

RIBEIRO, I.J.S; BOERY, R.N.O.; CASOTTI, C. A., FREIRE, I. V.; BOERY, E. N.. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.432-440, 2015.

RISSARDO LK, BARRETO MS, OLIVEIRA AP, MARCON SS, CARREIRA L. Influence of hypertension and treatment in the quality of life of elderly. **J Nurs UFPE on line** [Internet], n. 6, v. 12, p.2918-26, 2012.

ROGERS, E. M.; RATZAN, S.C.; PAYNE, J.G. Health literacy: a nonissue in the 2000 presidential election. **American Behavioral Scientist**, v. 44, p. 2172–2195, 2001.

ROTHMAN, Russell; HOUSAM, Ryan; WEISS, Hilary, *et al.* Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. **Am J Prev Med**, Bethesda, v. 31, n. 5, p. 391-8, 2006.

SAMPAIO, H. A. C.; CARIOCA, A. A. F.; SABRY, M. O. D.; SANTOS, P. M.; COELHO, M. A. M.; PASSAMAI, M. P. B. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 20, v. 3, p.865-874, 2015.

SANTOS, W. L. P. Educação científica na perspectiva de letramento como prática social: funções, princípios e desafios. **Rev. Bras. Educ.**, v. 12, n. 36, 2007.

SANTOS, L.T.M; MANSUR, H.N.; PAIVA, T.F.P.S; Colugnati, F.A.B.; BASTOS, M.G. Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. **J Bras Nefrol**, v. 34, n.3, p.293-302, 2012.

SCHMIDT, A. C.; BRAMLAGE, P.; LIMBERG, R.; KREUTZ, R. Quality of life in hypertension management using olmesartan in primary care. **Expert Opin Pharmacother**, v. 9, n. 10, p. 1641-1653, 2008.

SCHULZ, R. B., ROSSIGNOLI, P., CORRER, C. J, LLIMÓS, F. F., TONI, P. M.. Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). **Arq Bras Cardiol**, n. 90, v. 2, 139-144, 2008.

SOARES, Magda. **Alfabetização e Letramento**. 5 ed. Sao Paulo: Contexto, 2008.

SORENSEN, Kristine; BROUCKE, Stephan V.D.; FULLAM, James *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, London, UK, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012.

SPEROS, C. Health literacy: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Bethesda, n. 50, v.6, p.633-640. 2005.

SOUTELLO, ANA LÚCIA SOARES. **Qualidade de Vida e Hipertensão**: avaliação ampliada do desempenho psicométrico da versão brasileira do “*Mini-Cuestionario de Calidad*

de vida en la Hipertensión Arterial-MINICHAL”. Campinas, SP : [s.n.], 2010. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

SOUZA, ANA CÉLIA CAETANO de. **Construção e validação de tecnologia educacional como subsídio à ação do enfermeiro na promoção da qualidade de vida e adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão**. 2015. Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Doutorado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

VELARDE-JURADO, E.; ÁVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública de México**, v. 44, n. 4, p.349-361, 2002.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev Bras Hipertensão**, v. 17, n. 1, jan/mar, p. 31-43, 2010.

VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C.; MIALHE, F. L. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, Araraquara, SP, v.30, n.3, p.309-314, 2009.

WHCA. WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES Ltd. **Health Literacy. Action Guide Part 2: Evidence and Case Studies**, 2010. Published by World Health Communication Associates Ltd.

WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **The WHOQOL Group Psychol Med**. 1998; n. 28, v. 3, p. 551-8, 1998.

YOUSSEF, R. M.; MOUBARAK, I. I.; KAMEL, M. I. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 11, v. ½, p.109-118, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário referente a aspectos individuais e sociais de pacientes hipertensos

IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	
ENDEREÇO/MUNICÍPIO:	
TELEFONE:	
DADOS SOCIODEMOGRAFICOS	
SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMENINO	
IDADE: _____ ANOS	
RAÇA: (1) BRANCA (2) PARDA (3) NEGRA (4) INDÍGENA (5) AMARELA	
RELIGIÃO: (1) CATÓLICA (2) EVANGÉLICA (3) OUTRA	
SITUAÇÃO CONJUGAL: (1) SOLTEIRO (2) CASADO (3) UNIÃO ESTÁVEL (4) SEPARADO (5) VIÚVO	
QUANTAS PESSOAS RESIDEM NO SEU DOMICÍLIO (INCLUINDO VOCÊ)?	
NÍVEL DE INSTRUÇÃO: (1) ANALFABETO-ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (2) ENS.FUNDAMENTAL COMPLETO (3) ENS.MÉDIO INCOMPLETO (4) ENS.MÉDIO COMPLETO (5) ENS. SUPERIOR COMPLETO OU MAIS	
OCUPAÇÃO:	
RENDA FAMILIAR: (1) INFERIOR A 1 SALÁRIO MÍNIMO (2) 1 COMPLETO A 2 INCOMPLETOS SALÁRIOS MÍNIMOS (3) 2 COMPLETOS A 4 INCOMPLETOS SALÁRIOS MÍNIMOS (4) 4 COMPLETOS A 6 INCOMPLETOS SALÁRIOS MÍNIMOS (5) 6 COMPLETOS A 10 INCOMPLETOS SALÁRIOS MÍNIMOS (6) 10 OU MAIS SALÁRIOS MÍNIMOS.	
DADOS CLÍNICOS	
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS): PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD):	
PESO: ALTURA:	
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (CA):	
CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS	
SEDENTARISMO: 1 () SIM 2 NÃO ()	
TABAGISMO: 1 () SIM 2 NÃO ()	
ETILISMO: 1 () SIM 2 NÃO ()	
DIABETES MELLITUS: 1 () SIM 2 NÃO ()	

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Sou discente do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e convido você a participar de uma pesquisa que estou desenvolvendo com os pacientes atendidos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e no Centro Integrado de Diabéticos e Hipertensos (CIDH), intitulada “Análise da associação entre Letramento Funcional em Saúde e Qualidade de Vida de adultos atendidos na atenção primária e secundária”, sob orientação da pesquisadora Profa. Dra. Thereza Magalhães Moreira, cujo objetivo é analisar a associação entre o letramento funcional em saúde (LFS) e a qualidade de vida de pessoas com hipertensão atendidas na atenção primária e secundária à saúde no município de Fortaleza-Ceará. Caso você autorize, você realizará um teste para avaliar sua acuidade visual, em seguida, serão coletados dados relacionados às suas características sociodemográficas e clínicas por meio de um formulário e, por fim, será aplicado o instrumento para medir letramento em saúde. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá desistir e cancelar seu consentimento. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que recebe os cuidados de saúde. Há riscos quanto a sua participação, o senhor(a) poderá descobrir que possui conhecimento inadequado sobre sua doença crônica, a hipertensão. Tudo foi planejado para minimizar os riscos de sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador. Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes são voluntários e a sua participação pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias educacionais para melhorar o letramento em saúde de pessoas com hipertensão. Em momento algum sua identidade e as informações dadas serão reveladas, os resultados e dados produzidos durante esse processo serão de conhecimento e tratamento exclusivo da pesquisadora e utilizadas somente para os objetivos da pesquisa. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. A responsabilidade pela realização dessa pesquisa é de Irialda Saboia Carvalho, que pode ser encontrada na Universidade Estadual do Ceará (UECE) Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva – Av. Paranjana, 1700 – Itapery – Fortaleza-CE. E-mail: irialda_carvalho@hotmail.com. Qualquer informação poderá ser obtida junto a pesquisadora através do telefone (85)88215359, ou no Comitê de Ética em Pesquisa da UECE: telefone: (85) 31019890.

Irialda Saboia Carvalho (pesquisadora)
Discente do Mestrado em Saúde Coletiva-UECE

Eu, _____,

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação.

Sendo que: () aceito participar

() não aceito participar

Fortaleza, _____ de _____ de 2015.

Assinatura _____

ANEXOS

ANEXO A
MINICHAL-BRASIL

Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL-BRASIL)

Nos últimos sete dias...	Não, absolutamente	Sim, pouco	Sim, bastante	Sim, muito
1. Tem dormido mal?				
2. Tem dificuldade em manter suas relações sociais habituais?				
3. Tem dificuldade em relacionar-se com as pessoas?				
4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?				
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar escolhas novas?				
6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?				
7. Tem a sensação que a vida é uma luta contínua?				
8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?				
9. Tem se sentido esgotado e sem forças?				
10. Teve a sensação de que estava doente?				
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?				
12. Teve inchaço nos tornozelos?				
13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?				
14. Tem sentido a boca seca?				
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?				
16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?				
17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento tem afetado a sua qualidade de vida?				

ANEXO B

BRIEF- TOFHLA**Cartões de Numeramento (B-TOFHLA) e perguntas**

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

<u>Receita de Antibiótico Penicilina (cartão 1)</u>
Paciente: João da Silva Médico: Dr. Carlos Souza Filho Data: 16/08/2010 USO ORAL PENICILINA 250 mg _____ 28 cápsulas Tomar 1 cápsula a cada 6 horas

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

<u>Exame laboratorial de glicemia (cartão 4)</u>
Valor normal de glicemia: 70-99. Sua glicemia hoje é 110.

Pergunta 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta?

<u>Ficha de marcação de consulta (cartão 5)</u>
PRÓXIMA CONSULTA
Posto de saúde: Anastácio Magalhães
Local: Térreo
Dia: Quinta-feira
Data: 25 de novembro
Hora: 10:20 horas
Você deve trazer seu cartão de atendimento

Pergunta 4: Se você fosse almoçar às 12 horas, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la?

<u>Receita do medicamento Doxiciclina (cartão 8)</u>
Paciente: João da Silva
Médico: Dr. Carlos Souza Filho
Data: 16/08/2010
USO ORAL
DOXICICLINA 100 mg _____ 20 cápsulas
Tomar a medicação com o estômago vazio uma hora antes ou duas a três horas após a refeição, a menos que tenha recebido outra orientação do seu médico.

TESTE B-TOFHLA (compreensão de leitura)**Passagem A**

Seu médico encaminhou você para tirar um Raio X de_____.

- a) estômago
- b) diabetes
- c) pontos
- d) germes

Quando vier para o _____ você deve estar com o estômago_____ .

- | | |
|-----------|------------|
| a) livro | a) asma |
| b) fiel | b) vazio |
| c) raio X | c) incesto |
| d) dormir | d) anemia |

O exame de Raio X vai _____ de 1 a 3 _____.

- | | |
|----------|------------|
| a) durar | a) camas |
| b) ver | b) cabeças |
| c) falar | c) horas |
| d) olhar | d) dietas |

À VÉSPERA DO DIA DO RAIOS X:

No jantar, coma somente um pedaço _____ de fruta,

- a) pequeno
- b) caldo
- c) ataque
- d) náusea

torradas e geleia, com _____ ou chá.

- a) lentes
- b) café
- c) cantar
- d) pensamento

Após _____, você não deve _____ nem beber_____.

- | | | |
|-----------------|-------------|----------|
| a) o minuto | a) conhecer | a) tudo |
| b) a meia-noite | b) vir | b) nada |
| c) durante | c) pedir | c) cada |
| d) antes | d) comer | d) algum |

até _____ o Raio X.

- a) ter
- b) ser
- c) fazer
- d) estar

NO DIA DO RAIOS X:

Não tome _____.

- a) consulta
- b) caminho
- c) café da manhã
- d) clínica

Não _____, nem mesmo _____.

- | | |
|-----------|---------------|
| a) dirija | a) coração |
| b) beba | b) respiração |
| c) vista | c) água |
| d) dose | d) câncer |

Se você tiver alguma _____, ligue para _____ de Raio X no n. 3222- 2821.

- | | |
|-------------|-------------------|
| a) resposta | a) o Departamento |
| b) tarefa | b) Disque |
| c) região | c) a Farmácia |
| d) pergunta | d) o Dental |

Passagem B

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber

- a) cabelo
- b) salgar
- c) poder
- d) doer

atendimento adequado neste hospital.

Eu _____ que as informações que eu _____ ao médico

- | | |
|---------------|---------------|
| a) compreendo | a) provar |
| b) sondo | b) arriscar |
| c) envio | c) cumprir |
| d) ganho | d) transmitir |

serão muito _____ para permitir o correto _____.

- | | |
|-----------------|----------------|
| a) proteínas | a) agudo |
| b) importantes | b) hospital |
| c) superficiais | c) mioma |
| d) numéricas | d) diagnóstico |

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____ nas

- | | |
|---------------|--------------|
| a) investigo | a) alteração |
| b) entretenho | b) hormônio |
| c) entendo | c) antiácido |
| d) estabeleço | d) custo |

minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento

- a) três
- b) um
- c) cinco
- d) dez

em que me tornar _____ da alteração.

- a) honrado
- b) ciente
- c) longe
- d) devedor

Eu entendo _____ se EU NÃO me _____ ao tratamento,

- a) assim a) alimentar
 b) isto b) ocupar
 c) que c) dispensar
 d) do que d) adaptar
- tenho _____ de _____ uma nova consulta _____ para o hospital.
- a) brilho a) solicitar a) contando
 b) esquerdo b) reciclar b) lendo
 c) errado c) falhar c) telefonando
 d) direito d) reparar d) observando
- Se você _____ de ajuda para entender estas _____,
- a) lavar a) instruções
 b) precisar b) taxas
 c) cobrir c) hipoglicemias
 d) medir d) datas
- você deverá _____ uma enfermeira ou funcionária do _____ Social.
- a) relaxar a) Tumor
 b) quebrar b) Abdômen
 c) aspirar c) Serviço
 d) procurar d) Adulto
- para _____ todas as suas _____ .
- a) encobrir a) pélvis
 b) esclarecer b) dúvidas
 c) desconhecer c) tomografias
 d) esperar d) consoantes

Quadro de Pontuação do Breve-TOFHLA.

ESCORES DO TOFHLA

Itens Numeramento (correto (1) = 7 pontos; incorreta (0) = zero)

Respostas	(1)	(0)
Cartão 1: Aceitar ≥ 3 horas ou ≤ 6 horas		
Cartão 4: "não"		
Cartão 5: 25 de novembro		
Cartão 8: 11 horas		
TOTAL		

Escore do TOFHLA

Escores Numeramento	
Escores Compreensão de Leitura	
TOTAL	

Classificação do Letramento Funcional em saúde

0-53: Inadequado Letramento Funcional em Saúde	
54-66: Marginal Letramento Funcional em Saúde	
67-100: Adequado Letramento Funcional em Saúde	

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DO TOFHLA**PEPPERCORN BOOKS & PRESS INC****TOFHLA
TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN
ADULTS****LICENSE TO REPRODUCE THE TOFHLA
FOR USE IN TESTING OR RESEARCH**

Permission is granted to:

Helena Sampaio, Universidade Estadual do Ceará

to reproduce the TOFHLA for use in her own testing or research program, using the photocopy masters of the TOFHLA supplied with this order.

Reproduction for other purposes such as teaching, grant or funding applications, or general lending is not permitted and is covered by separate agreements. For information about these uses please contact the publisher.

License Number: 027/10

Issued: April 8, 2010

For further information, contact:

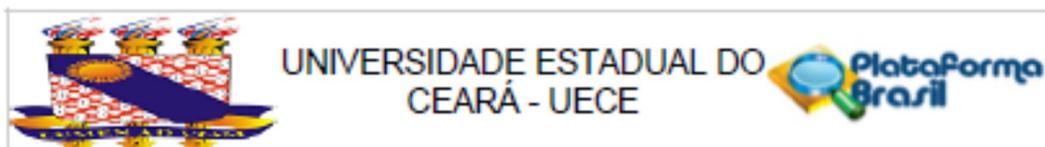
Peppercorn Books & Press Inc
68158 Red Arrow
Hartford, MI 49057

Phone: (269) 621-2733

Fax: (269) 621-2709

Email: post@peppercornbooks.com
Website: www.peppercornbooks.com

ANEXO D- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Pesquisador: IRIALDA SABOIA CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48208815.8.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.206.472

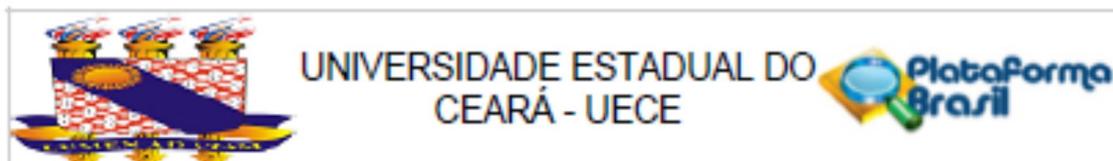
Apresentação do Projeto:

De acordo com a pesquisadora, o "estudo terá como objeto a relação entre o Letramento Funcional em Saúde (LFS) e a Qualidade de Vida (QV) de pacientes hipertensos atendidos nas Unidades Primárias em Saúde e no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) em Fortaleza-Ceará. As Doenças Crônicas não transmissíveis são amplamente reconhecidas como as mais representativas no contexto de ações de promoção à saúde e prevenção da doença no campo da Saúde Coletiva, pois já é confirmada sua responsabilidade pelas maiores taxas de morbimortalidade na população mundial e brasileira" (...) "Dessa forma, identificar o conhecimento dos pacientes hipertensos, pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, direcionando, assim, os planos de cuidados a esses portadores, a fim de melhorar sua qualidade de vida", tratando-se de um estudo analítico com abordagem quantitativa, a ser realizado entre junho a outubro de 2015, junto aos usuários hipertensos acompanhados nas Unidades de Atenção Primárias à Saúde (UAPS) e no CIDH do município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora apresenta como objetivo Primário "Analisar a associação entre o letramento funcional em saúde (LFS) e a qualidade de vida de pessoas com hipertensão atendidas na atenção primária e secundária à saúde" e como objetivo secundário: Descrever as características

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.206.472

sociodemográficas e clínicas desse público; Identificar o nível de LFS dos usuários; Avaliar a qualidade de vida da clientela em estudo; Verificar a existência de associação estatística entre as características sociodemográficas, o LFS e a qualidade de vida dos pesquisados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- 1) Todos os riscos estão descritos-ok;
- 2) As maneiras de contornar os riscos estão bem descritas-ok;
- 3) Os custos de transporte estão previstos pelo pesquisador-ok;
- 4) Há benefícios da realização da pesquisa em termos sociais e científicos- ok;
- 5) Há algum benefício mesmo que indireto aos participantes da pesquisa- ok.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância social e bom delineamento metodológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1) Quanto ao TCLE:

- Está em forma de convite-ok;
- Apresenta o título e o objetivo da pesquisa-ok;
- Explicita adequadamente os riscos e benefícios-ok;
- Consta o telefone, endereço e e-mail do CEP-ok;
- Há telefone, e-mail, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável-ok.

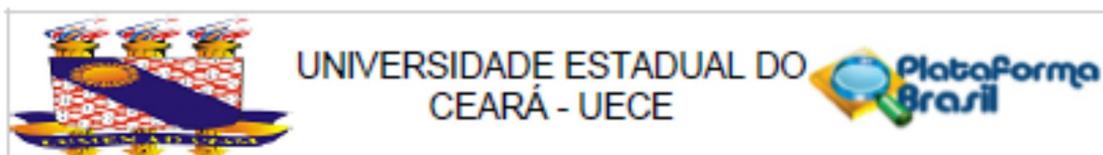
2) Quanto à Folha de rosto:

- Contém a assinatura do pesquisador responsável – ok;
- Contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição a onde se realizará a pesquisa – ok.

3) Quanto à Carta de Anuência:

- A coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde emitiu parecer favorável para realização da pesquisa e deixou a decisão final para cada uma das seis coordenadorias regionais de saúde. Desta não há um documento expressando concordância.
- Na carta da coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde é explicitado o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal, bem como há o carimbo da instituição e assinatura do responsável. Além disso, declara o período para coleta de dados como sendo de julho até outubro de 2015 (destaca-se que o projeto só foi submetido para apreciação ética em Agosto de 2015).

Endereço: Av. Sítios Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9990 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.206.472

4) A pesquisa não envolve uso de fonte secundária, dispensando a demanda por um termo de anuência.

5) Quanto ao cronograma:

- Não há menção sobre o período destinado para coleta de dados. Apenas descrevendo que a análise dos dados iniciará em novembro. Além disso, como também não informou período de submissão ao CEP não tem como saber qual seria o período estimado para início da coleta de dados.

6) Quanto ao orçamento:

- A pesquisa conta com financiamento próprio- ok;
- Descreve o que será gasto- ok;
- Há coerência entre o método e o orçamento- ok.

Recomendações:

A pesquisadora deixou de relatar no cronograma o período definido para coleta de dados. Além disso, não informou a data de submissão para apreciação do CEP. Deste modo, reforça-se que a mesma poderá iniciar a coleta de dados somente após aprovação do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1- Folha de rosto adequada –ok;
- 2- Riscos aos participantes foram identificados –ok;
- 3- Benefícios Informados –ok;
- 4- Cronograma Incompleto;
- 5- TCLE -ok ;
- 6-Não há necessidade de apresentar termo de anuência;
- 7-Orçamento informado –ok

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO.jpg	04/08/2015 21:51:23		Aceito

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

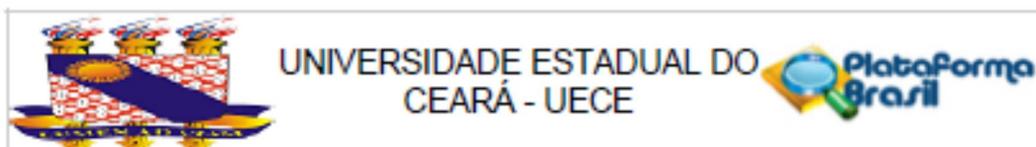
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.206.472

Outros	CIDH.jpg	04/08/2015 22:59:37		Acelto
Outros	DECLARAÇÃO.jpg	04/08/2015 23:00:13		Acelto
Declaração de Pesquisadores	REG I.jpg	04/08/2015 23:00:45		Acelto
Outros	REG II.jpg	04/08/2015 23:01:01		Acelto
Outros	REG III.jpg	04/08/2015 23:01:13		Acelto
Outros	REG IV.jpg	04/08/2015 23:01:25		Acelto
Outros	REG V.jpg	04/08/2015 23:01:36		Acelto
Outros	REG VI.jpg	04/08/2015 23:01:46		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.pdf	04/08/2015 23:15:58		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO final-QV.pdf	04/08/2015 23:16:17		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_493994.pdf	04/08/2015 23:27:42		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Agosto de 2015

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Perelra
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br