

Letramento em Saúde de Portadores de Doença Renal Crônica no Semiárido Nordestino

Health literacy of patients with chronic kidney disease in the northeastern semiarid

Eduardo Antonio Sartori Alho¹
Luana Resende Cangussú²
Anekécia Lauro da Silva³
Diogo Vilar da Fonsêca⁴
Johnnatas Mikael Lopes⁵
Adirlene Pontes de Oliveira Tenório⁵
Matheus Rodrigues Lopes⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar o nível de letramento em saúde de indivíduos portadores de doença renal crônica (DRC). **Método:** Estudo transversal desenvolvido por meio da aplicação dos questionários sociodemográficos e de mensuração do letramento em saúde SAHLPA-18 e S-TOFHLA. **Resultados:** Participaram 92 indivíduos, dos quais a maioria foi do sexo masculino, com faixa etária entre 40 e 60 anos, baixo nível educacional e econômico. Constatou-se que 77% e 65% não apresentaram nível de letramento adequado, segundo o SAHLPA-18 e o S-TOFHLA respectivamente. Evidenciou-se que fatores como aumento da idade ($p < 0,0001$), pior classe econômica ($p = 0,02$), e menor escolaridade ($p < 0,02$) foram associados ao letramento em saúde inadequado. **Conclusão:** Os dados apresentados refletem a deficiência exposta pelos pacientes renais crônicos acerca do domínio de habilidades para lidar com decisões no contexto do acompanhamento da DRC. Portanto, estes dados revelam uma conjuntura preocupante visto que a DRC demanda uma participação ativa do indivíduo, incluindo o autogerenciamento e a prevenção de suas complicações. Compreender essas limitações pode contribuir para adequação dos serviços de saúde nessa região.

DESCRIPTORIOS

Letramento; Doença crônica não transmissível; Diálise; Autocuidado; Educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To assess the health literacy level of individuals with chronic kidney disease (CKD). **Method:** Cross-sectional study developed through the application of sociodemographic and health literacy measurement questionnaires SAHLPA-18 and S-TOFHLA. **Results:** 92 individuals participated, most of whom were male, aged between 40 and 60 years, with low educational and economic level. It was found that 77% and 65% did not have an adequate level of literacy, according to the SAHLPA-18 and S-TOFHLA respectively. It was evidenced that factors such as increasing age ($p < 0.0001$), worse economic class ($p = 0.02$), and less education ($p < 0.02$) were associated with inadequate health literacy. **Conclusion:** The data presented reflect the deficiency exposed by chronic kidney patients regarding the domain of skills to deal with decisions in the context of CKD follow-up. Therefore, these data reveal a worrying situation since CKD demands an active participation of the individual, including self-management and prevention of its complications. Understanding these limitations can contribute to the adequacy of health services in this region.

DESCRIPTORS

Literacy; Chronic noncommunicable disease; Dialysis; Self care; Health education.

¹ Discente de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Paulo Afonso, Bahia, Brasil. Orcid 0000-0001-7146-7298

² Discente de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Paulo Afonso, Bahia, Brasil. Orcid 0000-0001-5974-6382

³ Doutora em Ciências biológicas e docente do curso de Medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Paulo Afonso, Bahia, Brasil. Orcid 0000-0003-2778-1460

⁴ Doutor em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos e docente do curso de Medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Paulo Afonso, Bahia, Brasil. Orcid 0000-0001-7869-7061

⁵ Doutor em Saúde coletiva e docente do curso de Medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Paulo Afonso, Bahia, Brasil. Orcid 0000-0002-9679-5287

⁶ Residência em Nefrologia, mestrado em Saúde rural e docente do curso de Medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Paulo Afonso, Bahia, Brasil. Orcid 0000-0002-8829-8141

⁶ Doutor em Fisiopatologia médica e docente do curso de Medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Paulo Afonso, Bahia, Brasil. Orcid 0000-0002-3719-4131

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por progressão gradual, eventuais episódios de agudização e extensa lista de comorbidades associadas. Resultantes de uma associação de fatores de riscos relacionados a genética, ambiente e práticas comportamentais do indivíduo e responsáveis por elevados graus de incapacidade funcional, sofrimento prolongado, restrições ao estilo e qualidade de vida, além de impactar diretamente o sistema de saúde^{1,2}.

Dentre as DCNT a doença renal crônica (DRC) figura entre as protagonistas, com elevação da sua incidência e prevalência a cada ano. A DRC possui como principais fatores etiológicos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus e o envelhecimento. É caracterizada por caráter lento e silencioso de progressão nas fases iniciais, elevados custos de tratamento, limitado prognóstico de melhora e desfechos clínicos indesejáveis^{3,4}.

É considerado portador da DRC o indivíduo que apresente a um período superior a 3 meses anormalidades na função e/ou na estrutura renal com repercussões para sua saúde. Cerca de 1,4% da população brasileira acima de 18 anos foi diagnosticada como portadora de DRC, valores estes com tendências de aumento ao longo dos anos^{5,6}.

O tratamento da DRC envolve o autocuidado, adoção de adesão ao tratamento medicamentoso, mudança de hábitos e estilo de vida e, em determinados graus da doença, a realização de procedimentos invasivos como a terapia renal substitutiva⁷.

Para o sistema de saúde a DRC demanda alto custo com procedimentos médicos, medicamentos e internações, contudo estes valores podem ser exponencialmente

aumentados em decorrência da dificuldade ou limitação do usuário em aderir ao tratamento⁸. A maioria dos elementos que influenciam na adesão do indivíduo ao tratamento da DRC está diretamente relacionada e influenciada pelo nível de letramento que o indivíduo possui^{9,10}.

O letramento em saúde (LS) refere-se às habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade que o indivíduo tem de obter, compreender e utilizar informações e serviços de saúde, necessários para tomar decisões pertinentes sobre sua própria saúde e promover mudanças de estilos e condições de vida¹¹.

É crescente a importância do nível adequado de LS do indivíduo portador de DRC a fim de promover impactos positivos no processo saúde-doença, pois além da cronicidade do quadro clínico, diminuição profunda da qualidade de vida e complicações e comorbidades advindas desta enfermidade, seu tratamento exige capacidade de processamento e compreensão das informações repassadas pelos profissionais de saúde, adesão terapêutica regular e participação ativa no autocuidado¹². Desta forma, este estudo objetiva avaliar o nível de LS dos indivíduos portadores de doença renal crônica no semiárido nordestino.

METODOLOGIA

Delineamento

Trata-se de estudo de desenho observacional analítico transversal realizado no município de Paulo Afonso-BA, com indivíduos portadores de DRC, no período de novembro de 2018 a março de 2020.

Contexto

Paulo Afonso situa-se na região Nordeste do Brasil, no sertão baiano e em 2021 contou com população estimada de 119.213 habitantes, 43,6% da população com rendimento per capita de até 0,5 salário mínimo, taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 96,4% e rede de serviços de saúde estruturada com todos os níveis de atenção¹³.

Participantes

Foram elegíveis indivíduos portadores de DRC, de ambos de ambos os sexos, atendidos no Centro de Especialidades Médicas Municipal e na Clínica de Hemodiálise do município de Paulo Afonso. A coleta de dados foi desenvolvida semanalmente nesses estabelecimentos de saúde ao longo do período de realização da pesquisa.

A amostragem foi não probabilística do tipo de conveniência. Os indivíduos foram convidados a participarem da pesquisa durante a realização das sessões de hemodiálise ou na sala de espera do atendimento ambulatorial. Não foi realizado registro das perdas e recusas.

A seleção daqueles que estavam aptos para prosseguir com a entrevista seguindo-se os critérios de inclusão de ter idade maior ou igual a 18 anos, ser alfabetizado e ser portador de DRC. Os critérios de exclusão foram a declaração autorreferida do uso de drogas que afetam a cognição, não apresentar mínimo de acuidade visual ou audição adequada para realização dos testes ou a presença de manifestações de distúrbios neurológicos ou cognitivos, evidenciados por meio de pergun-

tas simples de atenção, localização e temporalidade realizadas pelos pesquisadores.

Variáveis

O desfecho consistiu no letramento em saúde. As variáveis independentes foram:

- sexo (masculino; feminino);
- faixa etária (em anos: até 40, 40-60 ou mais de 60);
- escolaridade (ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior completo ou incompleto);
- classificação econômica do entrevistado, de acordo com o critério de classificação econômica Brasil (Critério Brasil) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (A, B1, B2, C1, C2, D-E)¹⁴.

Fontes de dados e mensuração

A entrevista foi realizada por pesquisador com treinamento adequado frente as especificidades de cada teste e executada em sala reservada para este fim. Foram realizadas entrevistas com a aplicação de questionários distintos para avaliar as seguintes variáveis:

- a) clínicas e sociodemográficas
- b) nível de letramento em saúde

- SAHLPA-18 é um questionário que objetiva estimar o nível de LS por meio da apreciação da pronúncia e do entendimento de vocábulos médicos, pode ser facilmente aplicado por profissionais treinados e apresenta tempo de aplicação de cerca de 3 minutos. Para a aplicação do instrumento foram utilizados cartões que continham, individualmente, um termo em destaque relacionado à área da saúde. O entrevistado deveria efetuar a leitura em voz alta do vocábulo destacado para que

o entrevistador avaliasse a sua pronúncia. Para cada termo médico realçado havia duas opções disponíveis para o indivíduo escolher a que se relacionava com a palavra principal. Caso ele não soubesse estabelecer esta relação ou tinha dúvidas poderia optar pela opção “não sei”. O letramento foi considerado adequado quando o indivíduo apresentava número de acertos igual ou superior a 15¹⁵.

- S-TOFHLA (traduzido e adaptado a partir da versão original do instrumento), possui objetivo de averiguação da compreensão da leitura de informações relacionadas à saúde habilidade numérica. O tempo previsto de realização por profissional treinado de 12 minutos. O instrumento é dividido em duas etapas. A primeira fase refere-se à compreensão de texto alusivo à preparação de um exame, contendo lacunas que deveriam ser completadas com uma das quatro opções disponíveis, com o intuito de dar sentido ao texto. A etapa seguinte tratava da habilidade numérica por meio da exposição de cartões que compreendiam exemplos de interpretação de informações médicas cotidianas. Conforme a pontuação identificada nos instrumentos o nível de LS do indivíduo é classificado, para a pontuação de 0 a 53 inadequado, 54 a 66 limítrofe e pontuação de 67 a 100 pontos considerado adequado¹⁶.

Métodos estatísticos

As pontuações dos questionários foram submetidas ao teste Kruskal-Wallis seguida de comparação pós-teste de Dunn. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a relação entre a pontuação dos testes e a idade e anos de escolaridade dos entrevistados. A variável desfecho de letramento foi analisada por abordagem de

estratificação por faixa etária, sexo e classe social por meio do teste qui-quadrado de Mantel-Haenszel. Para todos os testes estatísticos mencionados foi adotado $p < 0,05$ como sendo estatisticamente significativo.

Aspectos éticos

Para a execução do estudo foi solicitada a autorização da Secretaria municipal de saúde de Paulo Afonso, da Clínica de Hemodiálise do município de Paulo Afonso e do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco (número CAAE: 67710317.90000.5196). Todos os participantes foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido após a explicação dos objetivos do estudo.

Apenas os pesquisadores diretamente envolvidos com as entrevistas tiveram acesso aos dados e estes pesquisadores assinaram termo assumindo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações.

RESULTADOS

Foram entrevistados 92 indivíduos, o perfil majoritário dos indivíduos foi do sexo masculino, com faixa etária média entre 40 e 60 anos, nível educacional limitado e pertencente às classes econômicas C, D e E. A ampla maioria dos indivíduos realizou atendimento combinado ambulatorial e dialítico, com prevalência de tempo médio de acompanhamento entre 5 e 10 anos e custeado apenas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Aproximadamente metade dos entrevistados possuíam presença hipertensão como comorbidade associada, enquanto cerca de 20% eram hipertensos e diabéticos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características clínicas e sociodemográficas (Paulo Afonso, 2021).

Variáveis	Frequência - n (%)
Sexo	
Feminino	41 (44,57)
Masculino	51 (55,43)
Idade (anos)	
Menor de 40	21 (22,83)
40 a 60	49 (53,26)
Maior de 60	22 (23,91)
Tipo de acompanhamento	
Apenas ambulatorial	08 (8,70)
Ambulatorial e dialítico	81 (88,04)
Ambulatorial e dialítico / transplante	03 (3,26)
Tempo de acompanhamento (anos)	
Menos de 3	37 (40,22)
3-5	13 (14,13)
6-10	24 (26,09)
11-20	16 (17,39)
Mais de 20	02 (2,17)
Rede de acompanhamento	
Apenas pelo SUS	67 (72,83)
SUS e rede privada	22 (23,91)
Apenas rede privada	03 (3,26)
Comorbidades associadas	
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	44 (47,83)
Diabetes mellitus (DM)	02 (2,17)
HAS + DM	18 (19,56)
Outros	08 (8,70)
Nenhuma	20 (21,74)
Nível educacional	
E. F. completo/incompleto	09 / 42 (55,43)
E.M. completo/incompleto	26 / 08 (36,96)
E.S. completo/incompleto	04 / 03 (7,61)
Classificação econômica	
A	02 (2,17)
B1/ B2	04 (4,35) / 13 (14,13)
C1 / C2	12 (13,04) / 29 (31,52)
D – E	32 (34,78)
Total	92 (100,00)

* E.F. = ensino fundamental; E.M. = ensino médio; E.S. = ensino superior

Evidenciou-se que 77% dos indivíduos apresentaram nível de letramento em saúde inadequado pelo SAHLPA-18 e 78% não apresentaram letramento adequado pelo S-TOFHLA. Destes 13% apresentaram letramento limítrofe e 65% letramento inadequado. Observou-se correlação negativa entre a idade e a pontuação obtida no teste S-TOFHLA ($p < 0,0001$), correlação positiva entre classificação econômica e o grau de LS obtida por meio do SAHLPA-18 ($p = 0,02$) e diferenças significativas entre o nível educacional e a pontuação obtida em ambos os testes ($p < 0,01$; Figura 1).

A comparação dos resultados do nível de LS obtidos nos dois instrumentos de verificação utilizados neste trabalho evidenciou forte correlação entre eles ($p < 0,0001$; Figura 2).

Frente à forte correlação entre os testes e após adequação das variáveis para situações de aplicabilidade clínica, selecionamos o indicador de letramento baseado no SAHLPA-18 para análise aprofundada do efeito das variáveis sociodemográficas no nível de letramento. Constatou-se que a classe social e a escolaridade produzem efeito na associação do LS com o gênero dos participantes da amostra, apesar de não haver associação global entre eles ($\chi^2 = 0,67$; $p = 0,41$).

Nas classes A e B o gênero apresenta nível de letramento diferenciado, com as mulheres níveis de letramento adequado maiores que os homens quando ambos têm baixa escolaridade, independentemente da idade. Por outro lado, os homens apresentam maior nível de LS adequado que as mulheres quando ambos têm alta escolaridade, são da classe social A e B e tem idade superior a 50 anos. Não foi detectada qualquer diferença entre os

gêneros quanto ao LS nas classes sociais C, D e E, independentemente da escolaridade e da idade ($p > 0,05$; Tabela 2).

Fonte: elaborado pelos autores. Escolaridade alta: ensino médio completo ou ensino superior completo ou incompleto. Escolaridade baixa: ensino médio incompleto ou ensino fundamental completo ou incompleto.

DISCUSSÃO

A ampla maioria dos indivíduos apresentaram nível de LS inadequado. O cenário sociodemográfico apresentado pelos pacientes renais crônicos que participaram deste estudo refletiu prevalência masculina, indivíduos na faixa etária entre 40 e 60 anos, nível educacional limitado e pertencente às classes econômicas C, D e E. Evidenciou-se relação entre o nível de LS e os fatores sociodemográficos inerentes à população avaliada.

De acordo com o último levantamento, 58% dos indivíduos que estavam em tratamento de diálise crônica no Brasil eram do sexo masculino, números bem próximos ao apresentado nesta pesquisa (55%), que refletem a prevalência do homem neste tipo de serviço mais especializado⁶. Homens tradicionalmente apresentam baixa adesão a políticas de prevenção, com acesso reduzido à saúde básica, seja por motivos culturais ou estruturais da atenção primária. A visão assistencial curativa da maioria dos pacientes masculinos resulta na admissão ao sistema apenas em fase avançada da doença e mediante os serviços de média e alta complexidade¹⁷.

Considerando que aproximadamente 80% dos indivíduos entrevistados foram pertencentes as classes econômicas C, D e E, concomitante com a elevada quantidade de

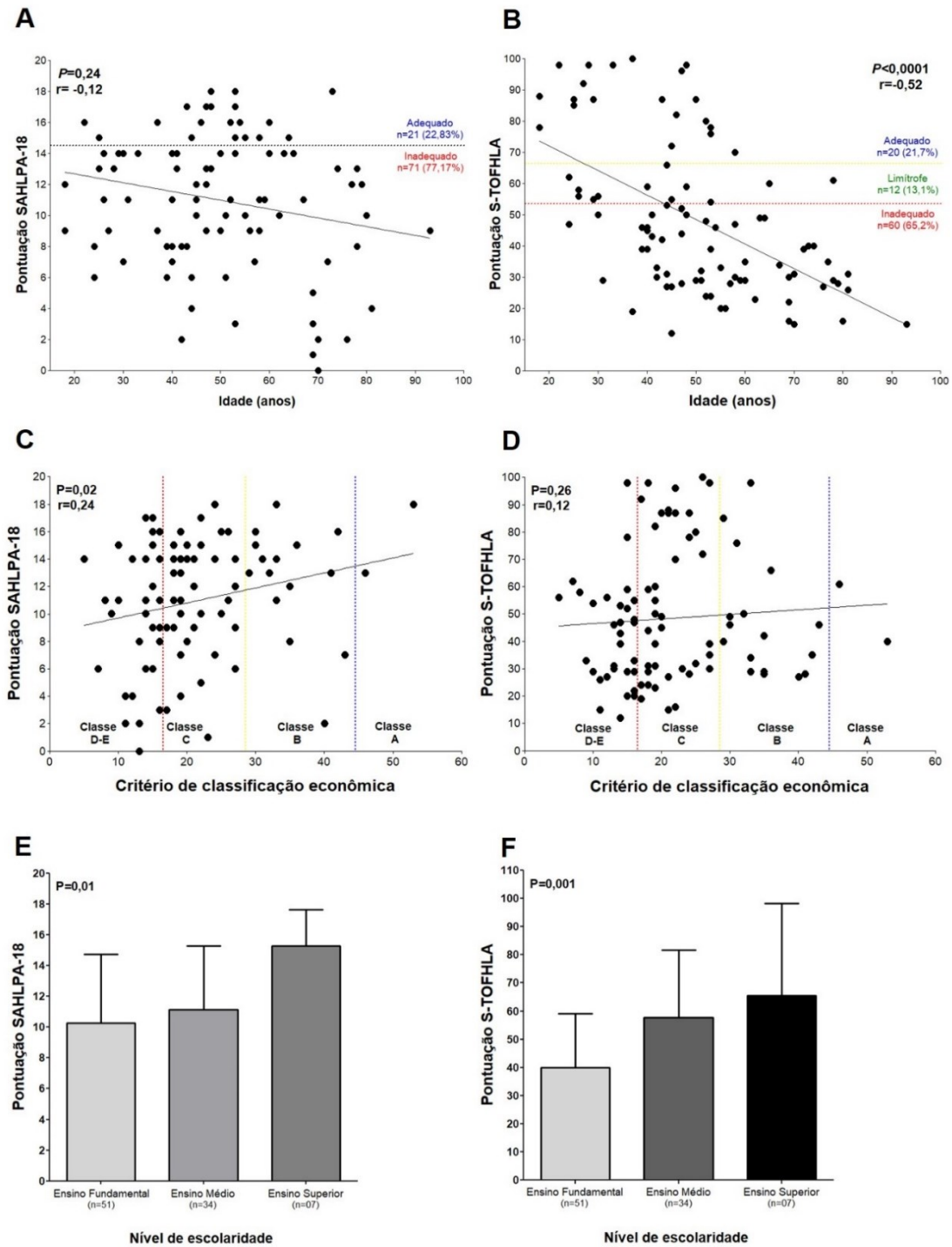


Figura 1. Relação entre os instrumentos de avaliação do letramento em saúde e variáveis sociodemográficas. O eixo “y” representa a pontuação obtida no instrumento de avaliação do letramento e o eixo “x” representa a idade (A e B), classificação econômica (C e D) ou nível de escolaridade (E e F). A divisão do nível de escolaridade foi baseada no questionário socioeconômico respondido pelos entrevistados e as barras representam a média e o desvio padrão de cada grupo. O valor de p e o número de indivíduos estão indicados na figura. Para análise estatística foi utilizado o teste de correlação de Spearman (A-D) e o teste de Kruskal-Wallis seguida de comparação pós-teste de Dunn (E-F).

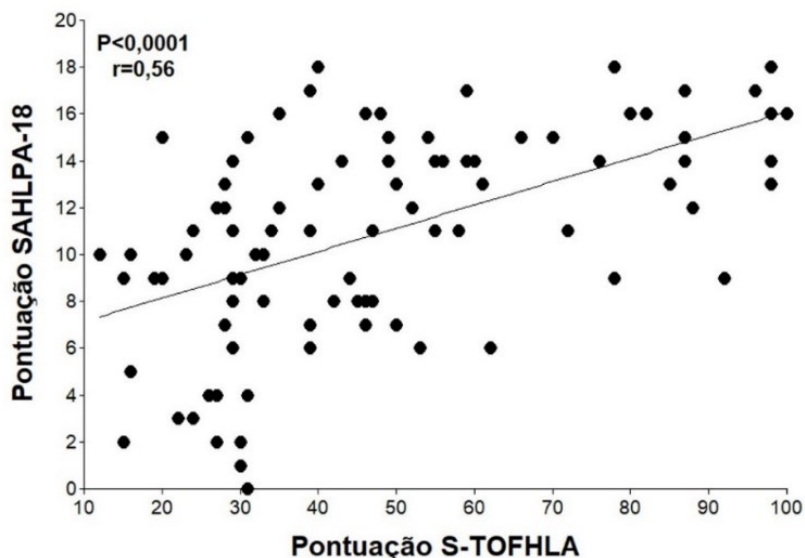


Figura 2 - Correlação entre os instrumentos de avaliação SAHLPA-18 e o S-TOFHLA. O eixo “y” representa pontuação obtida em cada questionário no SAHLPA-18 e o eixo “x” representa a pontuação obtida no S-TOFHLA. Para análise estatística foi utilizado o teste de correlação de Spearman.

pacientes com DRC que informaram ter seu acompanhamento custeado apenas pelos SUS, revela-se a importância que o acesso ao sistema de saúde brasileiro público e universal tem na assistência desta população⁸.

A DRC é uma doença de caráter progressivo, silenciosa e associada à comorbidades como doenças cardiovasculares e diabetes¹⁸. Nesta pesquisa a comorbidade mais prevalente foi a HAS, acompanhada ou não pela diabetes. O Inquérito brasileiro de diálise crônica de 2017 destaca estas duas DCNT como causas primárias mais frequentes em indivíduos com DRC terminal⁶. A coexistência destas patologias demanda acompanhamento mais abrangente, disciplinado e de caráter multiprofissional em consequência do grande impacto negativo desta combinação na evolução do seu quadro clínico¹⁹.

O autocuidado é referendado por diversos estudos como um dos vetores que

influenciam na evolução e no desfecho clínico da doença. Neste processo, o LE torna-se variável relevante, pois instrumentaliza o indivíduo para tomar decisões no contexto do acompanhamento da DRC. Neste estudo, aproximadamente 77% dos indivíduos não obtiveram grau de LS classificado como adequado. Constatou-se também forte correlação entre os dados resultantes da mensuração obtida por meio do S-TOFHLA e do SAHLPA-18, demonstrando resultados de LS análogos nos dois testes apesar de apresentarem diferentes características intrínsecas²⁰.

Verificou-se que o resultado desta pesquisa está alinhado ao panorama exposto por estudos de abrangência local que utilizaram o S-TOFHLA com indivíduos com DCNT. Levantamento realizado na Universidade Federal de Pernambuco com 42 pacientes em terapia dialítica resultou em percentual de 80,9% dos entrevistados com LS classificado

Tabela 2. Análise entre os valores encontrados no SAHLPA-18 e os dados sociodemográficos dos entrevistados (Paulo Afonso, 2021).

Classe Social	Escolaridade	Faixa Etária	Gênero	SAHLPA-18 Classificação		Phi	x ²	p-valor		
				Inadequado	Adequado					
C, D e E	Baixa	≤ 50 anos	F	5(83,3%)	1(16,7%)	-0,08	0,09	0,75		
			M	8(88,9%)	1(11,1%)					
		>50	F	6 (75,0%)	2 (25,0%)	-0,16			0,67	0,41
			M	15 (88,2%)	2 (11,8%)					
		Total	F	11 (78,6%)	3 (21,4%)	-0,13			0,67	0,41
			M	23 (88,5%)	3 (11,5%)					
	Alta	≤ 50 anos	F	12 (75,0%)	4 (25,0%)	-0,08	0,17	0,67		
			M	9 (81,8%)	2 (18,2%)					
		>50	F	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0			<0,001	0,99
			M	2 (50,0%)	2 (50,0%)					
		Total	F	13 (72,2%)	5 (27,8%)	-0,01			0,005	0,94
			M	11 (73,3%)	4 (26,7%)					
Total	≤ 50 anos	F	17 (77,3%)	5 (22,7%)	-0,09	0,41	0,52			
		M	17 (85,0%)	3(15,0%)						
	>50	F	7 (70,0%)	3 (30,0%)	-0,12			0,45	0,50	
		M	17 (81,0%)	4 (19,0%)						
	Total	F	24 (75,0%)	8 (25,0%)	-0,09			0,68	0,40	
		M	34 (82,9%)	7 (17,1%)						
A e B	Baixa	≤ 50 anos	F	0 (0,0%)	1 (100,0%)	-1,00	3,81	0,05		
			M	2 (100,0%)	0 (0,0%)					
		>50	F	2 (50,0%)	2 (50,0%)	-0,57			3,45	0,06
			M	4 (100,0%)	0 (0,0%)					
		Total	F	2 (40,0%)	3 (60,0%)	-0,67			6,16	0,01
			M	6 (100,0%)	0 (0,0%)					
	Alta	≤ 50 anos	F	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0,57	1,72	0,18		
			M	1 (50,0%)	1 (50,0%)					
		>50	F	2 (100,0%)	0 (0,0%)	1,00			5,54	0,01
			M	0 (0,0%)	2 (100,0%)					
		Total	F	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0,75			6,08	0,01
			M	1 (25,0%)	3 (75,0%)					
Total	≤ 50 anos	F	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-0,09	0,05	0,87			
		M	3 (42,9%)	1 (14,3%)						
	>50	F	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0			<0,001	0,99	
		M	4 (66,7%)	2 (33,3%)						
	Total	F	6 (66,7%)	3 (33,3%)	-0,03			0,02	0,87	
		M	7 (70,0%)	3 (30,0%)						

Fonte: elaborado pelos autores. Escolaridade alta: ensino médio completo ou ensino superior completo ou incompleto. Escolaridade baixa: ensino médio incompleto ou ensino fundamental completo ou incompleto.

como inadequado ou limítrofe²¹. Resultados expostos em estudo realizado na Universidade Federal de Goiás com 60 indivíduos adultos portadores de DRC constatou que todos exibiram grau de letramento classificado como inadequado¹⁰.

Por meio da aplicação do SAHLPA-18, este estudo também apresentou índices de LS classificado como inadequado elevados, corroborando o cenário crítico nacional. Em amostra de 226 idosos na cidade São Paulo/SP, 66% dos indivíduos apresentaram grau de LS classificado como inadequado¹⁵. Outro estudo com 129 indivíduos portadores de diabetes tipo 2 demonstrou que 56,6% apresentavam nível de LS inadequado²², enquanto desenvolvido em ambulatório de cardiologia em Goiânia/GO, com 63 indivíduos, 49,2% da população em foco também expôs resultado semelhante²³. Conforme não existem pesquisas a nível nacional ou regional de aferição do domínio dessas habilidades avaliadas na área da saúde não foi possível estabelecer relações e comparações com números de alcance nacional.

No âmbito internacional trabalhos que utilizaram o S-TOFHLA como instrumento para avaliação do LS demonstraram porcentagem menor de indivíduos com o LS classificado como inadequado ou limítrofe^{24,25}. Pouco mais de 32% dos pacientes em hemodiálise de estudo realizado em São Francisco, Califórnia apresentaram LS inadequado ou limítrofe²⁴, enquanto levantamento realizado com indivíduos em diálise no estado da Pensilvânia nos EUA apontou que 21% tinham LS limitado¹⁸.

Os Estados Unidos, assim como a União Europeia, investem em políticas públicas voltadas para a melhoria dos níveis do LS da sua população e instituiu no ano de

2010 o *National Action Plan to Improve Health Literacy* com o objetivo de desenvolver esforço vinculado e de multinível para criar uma sociedade letrada em saúde²⁶. Em contraste com países desenvolvidos, no Brasil além da ausência de estudos amplos e nacionalmente abrangentes não existem políticas públicas voltadas à população e aos profissionais da área que abarquem e incentivem o letramento.

Evidenciou-se correlação negativa entre o nível de LS e a idade dos indivíduos. O envelhecer acarreta naturalmente maior limitação nas áreas cognitiva, sensorial e comportamental do indivíduo o que pode levar a reduzida percepção e compreensão das informações que lhe são transmitidas²⁷. Além disso, a população idosa vivenciou época em que o acesso e oportunidade de educação eram restritos apenas a parcela reduzida da população brasileira²⁸.

Observou-se também que menor classificação econômica foi relacionada com menor nível de LS. Tal correlação remete a realidade que assola o país referente à desigualdade de oportunidades e de obtenção do saber que emerge em decorrência do grupo econômico-social em que se está inserido²⁸. Infere-se perspectiva de que aqueles que possuem, mediante melhor condição financeira, acesso amplo e diversificado ao conhecimento serão capazes de exibir melhor nível de LS²¹. Por outro lado, indivíduos inseridos nas camadas socioeconômicas mais baixas estarão mais vulneráveis a desenvolver DCNT e apresentam maior dificuldade para autogerenciar seu tratamento²⁹.

Diferenças significativas foram observadas quanto a escolaridade e o grau de letramento obtido. Com a progressão dentro da estrutura escolar o indivíduo aprende e

adquire competências e habilidades relacionadas diretamente com o LS, como a leitura e a escrita, além de representações e operações matemáticas^{10,27}. Ressalta-se que apenas grau avançado de escolaridade não é condição única e suficiente para permitir o alcance e a consolidação de LS considerado adequado, em razão de outros fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo que determinam a forma de adquirir esta condição²¹.

É relevante salientar algumas limitações metodológicas presentes neste estudo. Não foi realizado cálculo amostral e não foi quantificado o número de pessoas que se recusaram a participar da pesquisa ou foram excluídos, fatores que limitam a representação da amostra abrangida. Apesar de não quantificado, os principais motivos relatados pelos indivíduos que impossibilitaram a participação nesta pesquisa foram o analfabetismo e a limitação visual. Outra limitação está centrada no número limitado de estudos científicos no país voltados à investigação da associação entre a DRC e o LS, bem como a inexistência de levantamento a nível nacional que identificasse o grau de LS da população brasileira e que permitisse estabelecer com-

paração com os pacientes renais crônicos.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou elevada prevalência de pacientes renais crônicos com níveis de LS classificados como inadequado ou limítrofe, conjuntura preocupante visto que a DRC demanda participação ativa dos indivíduos envolvendo autocuidado, mudanças de hábitos e estilo de vida, compreensão das informações transmitidas, gerenciamento das comorbidades associadas e entendimento da cronicidade e evolução da doença.

A avaliação do LS deve ser rotina estabelecida nos serviços de saúde em razão da elevada quantidade de novas informações que os indivíduos são submetidos. É relevante o envolvimento direto dos profissionais de saúde na identificação da inadequação do LS de forma a melhor manejo mediante utilização de linguagem menos técnica e transmissão de informações de forma mais acessível possível. Notabiliza-se ainda a necessidade da realização de inquérito nacional do grau de LS da população, de forma a subsidiar políticas públicas voltadas para esta temática.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2011;20(4):425-38.
2. Malta DC, Bernal RTI, Vieira Neto E, Curci KA, Pasinato MTM, Lisboa RM, et al. Noncommunicable diseases, risk factors, and protective factors in adults with and without health insurance. *Cienc. Saude Colet.* 2020;25(8):2973-83.
3. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health literacy: emerging evidence and applications in kidney disease care. *Adv. Chronic Kidney Dis.* 2013 Jul;20(4):311-9.
4. Chen YC, Chang LC, Liu CY, Ho YF, Weng SC, Tsai TI. The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *J. Nurs. Scholarsh.* 2018 May; 50(3):265-75.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013. Rio de Janeiro: IBGE. 2014. 180p.
6. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Brazilian chronic dialysis survey 2017. *J. Bras. Nefrol.* 2019 Apr-Jun;41(2):208-14.

7. Wong KK, Velasquez A, Powe NR, Tuot DS. Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrol.* 2018 Aug 6;19(1):196.
8. Alcalde PR, Kirsztajn GM. Expenses of the Brazilian Public Healthcare System with chronic kidney disease. *J. Bras. Nefrol.* 2018 Apr-Jun;40(2):122-9.
9. Sgnaolin V, Figueiredo AE. Adherence to pharmacological treatment in adult patients undergoing hemodialysis. *J. Bras. Nefrol.* 2012 Jun;34(2):109-16.
10. Moraes KL, Brasil VV, Oliveira GF, Cordeiro JA, Silva AM, Boaventura RP, et al. Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment. *Rev. Bras. Enferm.* 2017;70(1):155-62.
11. Nutbeam D, Mcgill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Prom. Int.* 2018;33(5):901-11.
12. Santos LT, Mansur HN, Paiva TF, Colugnati FA, Bastos MG. Health literacy: importance of assessment in nephrology. *J. Bras. Nefrol.* 2012 Jul-Sep;34(3):293-302.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama das cidades brasileiras: Paulo Afonso/Bahia [Internet]. 2021. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/paulo-afonso/panorama>>. Acesso em: 15 jul. 2022.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil: Critério Brasil [Internet]. 2021. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2021. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 09 dez. 2021.
15. Apolinario D, Braga RC, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al. Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Rev. Saude Publ.* 2012 Aug;46(4):702-11.
16. Maragno CAD, Mengue SS, Moraes CG, Rebelo MVD, Guimarães AMM, Pizzol TDSD. Test of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2019;22:e190025.
17. Oliveira MM, Daher DV, Silva JL, Andrade SS. Men's health in question: seeking assistance in primary health care. *Cienc. Saude Colet.* 2015 Jan;20(1):273-8.
18. Adeseun GA, Bonney CC, Rosas SE. Health literacy associated with blood pressure but not other cardiovascular disease risk factors among dialysis patients. *Am. J. Hypertens.* 2012 Mar;25(3):348-53.
19. Pinho NA, Silva GV, Pierin AM. Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil. *J. Bras. Nefrol.* 2015;37(1):91-7.
20. Cangussú LR, Alho EAS, Cardoso FEL, Tenório APO, Barbosa RHA, Lopes JM, et al. Concordance between two instruments for health literacy assessment. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2021;30(2):e2020490.
21. Bezerra JN, Lessa SR, Francisco do O M, Luz GO, Tito Borba AK. Health literacy of individuals undergoing dialysis therapy. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170418.
22. Souza JG, Apolinario D, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Jacob-Filho W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2014 Feb 12;4(2):e004180.
23. Santos JE, Brasil VV, Moraes KL, Cordeiro JA, Oliveira GF, Bernardes CP, et al. Comprehension of the Education Handout and Health Literacy of Pacemaker Users. *Rev. Bras. Enferm.* May-Jun 2017;70(3):633-9.
24. Grubbs V, Gregorich SE, Perez-Stable EJ, Hsu CY. Health literacy and access to kidney transplantation. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 2009 Jan;4(1):195-200.
25. Ricardo AC, Yang W, Lora CM, Gordon EJ, Diamantidis CJ, Ford V, et al. Limited health literacy is associated with low glomerular filtration in the Chronic Renal Insufficiency Cohort study. *Clin. Nephrol.* 2014 Jan;81(1):30-7.
26. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Author, 2010, 73p. Disponível em: <<https://health.gov/our-work/health-literacy/national-action-plan-improve-health-literacy>>. Acesso em: 22 mai. 2022.
27. Borges FM, Silva AR, Lima LH, Almeida PC, Vieira NF, Machado AL. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Rev. Bras. Enferm.* 2019 Jun 27;72(3):646-53.
28. Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CI, Pinto FA, et al. Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients. *Cien. Saude Colet.* 2019 Mar;24(3):1121-32.
29. Todorovic N, Jovic-Vranes A, Djikanovic B, Pilipovic-Broceta N, Vasiljevic N, Racic M. Health Literacy: Current Status and Challenges in the Work of Family Doctors in Bosnia and Herzegovina. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019 Apr 12;16(8):1324.

CORRESPONDÊNCIA

Matheus Rodrigues Lopes
 Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) -
 campus Paulo Afonso
 Avenida da Amizade, s/nº, Sal Torrado, 48605-780, Paulo
 Afonso, Bahia, Brasil.
 E-mail: matheuslopesbio@gmail.com