

Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico

Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment
Alfabetización funcional en salud y el conocimiento de los pacientes renales en prediálisis

Katarinne Lima Moraes¹, Virginia Visconde Brasil¹, Gabriela Ferreira de Oliveira¹,
Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro¹, Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva¹,
Rafaela Peres Boaventura¹, Denize Bouttelet Munari¹, Mônica Ribeiro Canhestro^{III}

¹ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Goiânia-GO, Brasil.

^{II} Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Medicina. Goiânia-GO, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Moraes KL, Brasil VV, Oliveira GF, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Boaventura RP, et al. Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):147-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0169>

Submissão: 12-01-2016

Aprovação: 01-09-2016

RESUMO

Objetivo: analisar o letramento funcional em saúde (LFS) e o conhecimento sobre doença renal crônica de 60 pacientes em tratamento pré-dialítico. **Método:** estudo transversal. O LFS foi mensurado pelo instrumento B-TOFHILA; e o conhecimento, por questionário. Foram realizados testes de correlação de Pearson e Qui-quadrado e modelos de regressões lineares. **Resultados:** todos entrevistados apresentaram LFS inadequado, e a maioria apresentou conhecimento insuficiente em relação à doença e ao tratamento. Menor escolaridade foi fator preditivo para piores escores de LFS. Conhecimento insuficiente foi relacionado à idade e ao comprometimento cognitivo. **Conclusão:** embora não tenha sido encontrada associação entre as variáveis preditivas, a limitada capacidade de obter e usar informações relacionadas à saúde e o conhecimento insuficiente em relação à própria doença e tratamento podem contribuir para piores desfechos de DRC. São necessárias estratégias de intervenções adequadas ao limitado LFS e maior conhecimento e habilidade dos profissionais para lidar com o assunto.

Descritores: Alfabetização em Saúde; Conhecimento; Insuficiência Renal Crônica; Participação do Paciente; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the functional health literacy (FHL), i.e., understanding and knowledge about chronic renal disease of 60 patients in pre-dialytic treatment. **Method:** this is a cross-sectional study. FHL was measured by B-TOFHILA; and the knowledge, by questionnaire. Pearson correlation and Chi-square tests were carried out as well as linear regression models. **Results:** all respondents presented inadequate FHL, and most showed insufficient knowledge about the disease and treatment. Low schooling was a predictive factor for worst FHL scores. Insufficient knowledge was related to age and compromised cognition. **Conclusion:** although association between predictive variables has not been found, limited capability to obtain and use health-related information and insufficient knowledge about their own condition and treatment can contribute to worse outcomes for CKD. Appropriate intervention strategies are necessary to deal with limited FHL and also greater knowledge and ability of professionals to deal with the matter.

Descriptors: Health Literacy; Knowledge; Chronic Renal Disease; Patient's Participation; Health Education.

RESUMEN

Objetivo: analizar la alfabetización funcional en salud (AFS) y el conocimiento sobre la enfermedad renal crónica de 60 pacientes en prediálisis. **Método:** estudio transversal. La AFS se midió mediante un instrumento llamado B-TOFHILA, y el conocimiento se midió con un cuestionario. Se realizaron pruebas de correlación de Pearson, el chi-cuadrado, y modelos de regresión lineal. **Resultados:** todos los encuestados tuvieron AFS inapropiado y la mayoría tuvo conocimiento insuficiente sobre la enfermedad y el tratamiento. Un menor nivel educativo fue factor predictor de peores puntuaciones de AFS. El

conocimiento insuficiente se relaciona con la edad y el deterioro cognitivo. **Conclusión:** aunque no se ha encontrado ninguna asociación entre las variables predictoras, la limitada capacidad para obtener y utilizar información relacionada con la salud y la falta de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento pueden contribuir a resultados peores de la enfermedad renal crónica (ERC). Se requieren estrategias de intervenciones adecuadas a la limitada AFS, y al mayor conocimiento y capacidad de los profesionales para tratar el asunto.

Descriptor: Alfabetización en Salud; Conocimiento; Insuficiencia Renal Crónica; Participación del Paciente; Educación en Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Katarinne Lima Moraes E-mail: katarinnemoraes@gmail.com

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica é considerada problema de saúde pública mundial em decorrência das elevadas taxas de morbimortalidade⁽¹⁻²⁾. A detecção precoce da doença em grupos de risco, como hipertensos e diabéticos, tem sido apontada como principal medida para retardar sua progressão e a mortalidade por eventos cardiovasculares⁽³⁻⁴⁾.

No Brasil, não existem estudos que estimem a prevalência de indivíduos com doença renal crônica (DRC) na fase pré-dialítica, mas o governo brasileiro tem dado ênfase recentemente ao diagnóstico precoce, de modo a identificar as pessoas com DRC⁽⁴⁾. Os esforços têm sido direcionados, em especial, ao cuidado dessas pessoas, com garantia de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da doença e dos fatores de risco que levam à doença renal em fase terminal⁽³⁾. O desafio é o alcance das metas estipuladas para o tratamento e o controle dos fatores de risco modificáveis, bem como avaliar se tais estratégias têm auxiliado os pacientes na tomada de decisões que alteram o seu comportamento em relação à saúde.

Dentre essas metas, a educação em saúde é considerada eixo condutor no tratamento pré-dialítico⁽⁵⁾, sendo que as ações mais comumente utilizadas são informações por meio de material impresso, tais como orientações dietéticas e a terapêutica medicamentosa.

Contudo, o conteúdo desse material, em sua maioria, utiliza terminologia especializada, que requer das pessoas habilidades básicas de leitura e numeramento, para que de fato compreendam seu significado⁽⁶⁻⁷⁾, ou seja, é necessário que tenham adequado nível de letramento funcional em saúde. O letramento funcional em saúde (LFS)

envolve o conhecimento, motivação e competências individuais para acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana sobre saúde, doença, prevenção e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida⁽⁸⁾.

Em geral, portadores de agravos crônicos apresentam limitado LFS⁽⁹⁾, sendo que entre os indivíduos renais crônicos esse número pode chegar a 50%⁽¹⁰⁾, o que pode influenciar diretamente no seu conhecimento sobre a doença⁽¹¹⁾.

Para qualquer indivíduo, é essencial conhecer sua condição de saúde a fim de melhor se autogerenciar, pois ninguém é capaz de decidir sobre algo que não conhece⁽¹²⁾. Estudo norte-americano⁽¹¹⁾

evidenciou que a maioria dos portadores de DRC nos estágios iniciais desconhece possuir a doença, e, no Brasil, esse número chega a 70%⁽⁴⁾.

Estudos relacionados ao conhecimento dos doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico realizados no Brasil avaliaram o conhecimento de crianças e cuidadores⁽¹³⁾, analisaram as fragilidades conceituais acerca do tratamento e prognóstico da doença⁽¹⁴⁾ e também da adesão medicamentosa⁽¹⁾. É clara a lacuna existente no que diz respeito à análise da influência do nível de LFS no conhecimento do indivíduo com DRC em relação à doença e ao tratamento.

Assim sendo, foi objetivo desse estudo analisar o nível de letramento funcional em saúde e o conhecimento sobre doença renal crônica dos pacientes em tratamento pré-dialítico.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi precedido pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. O objetivo do estudo foi apresentado por escrito e verbalmente aos participantes, e, após a concordância, foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguindo a legislação brasileira atual para pesquisas com seres humanos.

Desenho, local de estudo e período

Trata-se de estudo transversal realizado no ambulatório de nefrologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil, que atende população referenciada pelo Sistema Único de Saúde. O período do estudo foi de dezembro de 2013 a junho de 2014.

População ou amostra: critérios de inclusão e exclusão

Os participantes foram 60 portadores de doença renal crônica maiores de 19 anos; capazes de compreender os objetivos do estudo e de responder verbalmente às perguntas; que sabiam ler e escrever; que tinham, no mínimo, acuidade visual de 20/50, determinada pela escala de avaliação de acuidade visual de Snellen; que eram acompanhados no ambulatório de nefrologia há, pelo menos, seis meses, ou seja, estavam na segunda consulta de acompanhamento; que não realizaram transplante renal nem estavam internados na instituição durante o período da entrevista; não eram portadores de doença neurodegenerativa; não faziam uso de medicação que comprometesse a cognição.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados por meio de aplicação dos instrumentos de coletas de dados e análise de prontuário, com duração média de uma hora. Os participantes foram abordados na sala de espera do ambulatório de nefrologia da instituição e convidados a responder aos instrumentos de coleta de dados.

As variáveis sociodemográficas e clínicas incluídas no estudo foram idade, gênero, escolaridade, número de filhos, renda pessoal e familiar, condição conjugal/familiar, tempo de tratamento, estadiamento da doença e número de consultas. Tais variáveis são comumente descritas na literatura como fatores que podem influenciar no prognóstico e no manejo da DRC^(3,11,15). Para esse estudo foram considerados os parâmetros bioquímicos referentes à última consulta de acompanhamento do paciente.

A investigação do estado cognitivo dos doentes renais crônicos é uma importante variável clínica, uma vez que o declínio das habilidades cognitivas pode ser evidenciado mesmo em pacientes que ainda estão em fase pré-dialítica⁽¹⁶⁾. Além disso, a aplicação de teste de rastreamento da função cognitiva é recomendada pela literatura para melhor interpretação dos resultados de testes de avaliação do nível de letramento funcional em saúde⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Para avaliação cognitiva, foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) — instrumento simples e de fácil aplicação, contendo 11 itens. O escore global é obtido pelo somatório dos itens, tendo como valor máximo 30 pontos. A leitura dos resultados obtidos com o somatório varia de acordo com a pontuação: menor que 24 pontos sugere declínio cognitivo; entre 23 e 21, declínio leve; entre 20 e 11, declínio moderado; e menor que 10, declínio grave⁽¹⁹⁾.

O letramento funcional em saúde foi mensurado pela versão brasileira do questionário B-THOFLA (*Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*)⁽¹⁷⁾, que contém 36 itens de compreensão textual e quatro itens referentes às habilidades de numeramento. O escore total do teste é de 100 pontos, sendo 72 pontos referentes à compreensão textual e 28 pontos ao numeramento. Os escores de zero a 53 pontos indicam *inadequado* letramento funcional em saúde; entre 54 e 66 pontos, *marginal* letramento funcional em saúde; e, entre 67 e 100 pontos, *adequado* letramento funcional em saúde⁽²⁰⁾.

A avaliação do conhecimento foi realizada por meio de questionário⁽¹³⁾ contendo 21 itens referentes à função do rim, causa da doença renal, princípios da DRC e tratamento pré-dialítico. O escore total do conhecimento é obtido pela soma dos itens respondidos corretamente, e o conhecimento é classificado em cinco níveis: conhecimento *excelente* (90–100%); conhecimento *bom* (80–89%); conhecimento *suficiente* (70–79%); conhecimento *moderado* (60–69%) e conhecimento *insuficiente* (59% ou menos). O conhecimento é então estratificado em: *suficiente* quando o percentual de acerto for maior ou igual a 70% e *insuficiente* quando menor que 70%⁽¹³⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados com auxílio de *software* estatístico, e as características sociodemográficas e clínicas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram descritas por mediana, valor máximo e mínimo e/ou média e desvio-padrão. A análise univariada foi utilizada

para verificar possível correlação entre variáveis independentes com o nível de conhecimento, sendo que as proporções foram comparadas por meio do coeficiente de Pearson. A regressão linear foi realizada com escores do B-TOFHLA, anos de estudo, idade e número de filhos como variáveis independentes; e o escore de conhecimento, como variável dependente.

Para a análise estatística, o conhecimento do portador de DRC foi estratificado em dois níveis: *conhecimento suficiente* (acertos $\geq 70\%$) e *conhecimento insuficiente* (acertos $< 70\%$). Para a análise de associação entre o instrumento de avaliação do conhecimento e o teste de letramento funcional em saúde, não foram utilizadas as classificações propostas pelos escores, e sim o valor total obtido em cada instrumento. Foi considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com mediana de idade de 63 anos (30–90), residente na capital ou região metropolitana (75%), tendo sido apontada a dependência de um cuidador para auxílio nas atividades cotidianas e cuidados com a saúde (55,0%). A maior parte possuía até o ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de 60 doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico, atendidos no ambulatório de nefrologia de um hospital-escola, Goiânia, Goiás, Brasil, 2013-2014

Características	n (%)
Sexo	
Feminino	37 (61,7)
Masculino	23 (38,3)
Idade	
< 60 anos	25 (41,7)
≥ 60 anos	35 (58,3)
Escolaridade	
Alfabetizado (< 1 ano de estudo)	17 (28,3)
< 9 anos de estudo	26 (43,4)
≥ 9 anos de estudo	17 (28,3)
Renda pessoal*	
1 salário-mínimo	52 (86,7)
2 a 3 salários-mínimos	8 (13,3)
Renda familiar*	
1 salário-mínimo	15 (25,0)
2 a 3 salários-mínimos	30 (50,0)
> 3 salários-mínimos	15 (25,0)
Situação conjugal/familiar	
Companheiro e familiares	34 (56,7)
Familiares, sem companheiro	22 (36,6)
Vive só	4 (6,7)

Nota: *Salário-mínimo vigente: R\$ 724,00

Para a maioria, a fonte de renda pessoal provém da aposentadoria (46; 76,7%) e do exercício de alguma atividade laboral (14; 23,3%). Dentre os aposentados, 22 (47,8%) mencionaram

realizar atividades relativas ao cuidado com a casa para ocupar o tempo. Quanto ao número de filhos, 34 (56,7%) entrevistados informaram possuir até três filhos e 26 (43,3%) mais de três filhos.

A etiologia mais prevalente da DRC foi secundária à hipertensão arterial sistêmica (43; 71,3%), seguida da associação com hipertensão e diabetes (16; 26,7%) e lúpus eritematoso sistêmico (1; 1,6%). Os entrevistados estavam, na maioria, no estágio três e quatro (55; 91,7%) da DRC, com mediana de acompanhamento no ambulatório de nefrologia de 60 meses (6–240), e realizavam de duas a três (50; 83,3%) consultas anuais de acompanhamento.

Tabela 2 – Efeito de variáveis clínicas, sociodemográficas e escore MEEM no escore total do B-TOFHLA no modelo univariado de 60 portadores de doença renal crônica, atendidos em um ambulatório de nefrologia, Goiânia, Goiás, Brasil, 2013-2014

Variáveis	Coefficiente de determinação	Backward	Valor de p
Idade (anos)	0,0134	-0,1028	0,618
Renda pessoal	0,0068	0,0026	0,538
Anos de estudo	0,1140	0,9894	0,008
Tempo tratamento ambulatório (meses)	0,0009	0,0077	0,814
Número de consultas	0,0125	-0,7929	0,599
Número de comorbidades	0,0072	-1,3562	0,527
Estadiamento da doença	0,0334	-3,6640	0,158
Escore MEEM	0,0077	0,2330	0,512

Todos os entrevistados apresentaram letramento em saúde inadequado, com média de acerto dos itens de 30,85 ± 13,01, variando de dois a 59 pontos. Na parte de compreensão textual, a média de acerto foi de 9,73 ± 7,92 pontos, e na de numeramento, a média foi de 21,58 ± 7,97 pontos.

Dentre as variáveis independentes, a variável “anos de estudo” apresentou-se como fator associado a melhores escores no teste (Tabela 2). O comportamento dessa variável, no modelo *backward* de regressão multivariada, revelou que isoladamente é responsável por 11,4% da determinação dos escores do teste de letramento funcional em saúde ($p = 0,0082$).

A análise da proporção de acertos e erros, relativa à avaliação do conhecimento sobre os princípios básicos do tratamento pré-dialítico, revelou que os itens de maior proporção de acertos foram aqueles referentes ao uso de medicações e à afirmação de que o tratamento leva à melhora da função renal. Em contrapartida, os itens referentes à dosagem e ao aumento do valor da creatinina tiveram maior proporção de erro (Tabela 3).

A estratificação dos níveis de conhecimento evidenciou que a maioria dos doentes renais crônicos entrevistados apresentam conhecimento insuficiente (53,4%) em relação a sua doença e ao tratamento, seguido de conhecimento moderado (23,3%), suficiente (13,3%) e bom (10,0%).

A média de acerto total dos 21 itens do questionário foi de 12,12 ± 3,42, significando que 57,7% do questionário foi respondido corretamente. A avaliação final do conhecimento apontou que 73,3% dos doentes renais crônicos apresentaram conhecimento insuficiente, ou seja, obtiveram percentual de acerto menor que 70%.

Tabela 3 – Proporção de acertos e erros dos itens relacionados ao conhecimento da doença renal crônica (correto - C, errado - E), respondidos por 60 doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico, atendidos em ambulatório de nefrologia de um hospital de ensino, Goiânia, Goiás, Brasil, 2013–2014

Questões (21)	Acertos n (%)	Erros n (%)
1. A função do rim é: filtrar o sangue (C)	43 (71,7)	17 (28,3)
2. O tratamento leva à cura do problema renal (E)	12 (20,0)	48 (80,0)
3. O tratamento leva à melhora da função renal (C)	56 (93,3)	04 (6,7)
4. O tratamento é para a vida toda (C)	41 (68,3)	19 (31,7)
5. A pressão alta pode levar à doença renal (C)	52 (86,7)	08 (13,3)
6. A pressão alta pode piorar a doença renal (C)	49 (81,7)	11 (18,3)
7. O diabetes pode levar à doença renal (C)	46 (76,7)	14 (23,3)
8. O diabetes pode piorar a doença renal (C)	51 (85,0)	09 (15,0)
9. Exames de sangue fazem parte do tratamento (C)	55 (91,7)	05 (8,3)
10. A dosagem da creatinina no sangue é importante para avaliar o funcionamento do rim (C)	12 (20,0)	48 (80,0)
11. O aumento da creatinina está relacionado com a piora da função do rim (C)	11 (18,3)	49 (81,7)
12. O bicarbonato de sódio é usado para tratar a acidez no sangue (C)	14 (23,3)	46 (76,7)

Continua

Tabela 3 (cont.)

Questões (21)	Acertos n (%)	Erros n (%)
13. O carbonato de cálcio deve ser usado antes das refeições (C)	18 (30,0)	42 (70,0)
14. As alterações na alimentação fazem parte do tratamento (C)	42 (70,0)	18 (30,0)
15. Para controlar o fósforo, é necessário controlar a ingestão de proteínas (C)	15 (25,0)	45 (75,0)
16. O controle de potássio não pode ser feito pela alimentação (E)	15 (25,0)	45 (75,0)
17. Banana, laranja, cenoura e feijão são alimentos ricos em potássio (C)	40 (66,7)	20 (33,3)
18. Carne, leite e derivados e chocolates são alimentos ricos em fósforo (C)	35 (58,3)	25 (41,7)
19. Medicamentos fazem parte do tratamento (C)	60 (100,0)	-
20. Número de medicamentos diferentes prescritos para você por dia	37 (61,7)	23 (38,3)
21. Causa da doença renal	42 (70,0)	18 (30,0)

Tabela 4 – Efeito de variáveis clínicas, sociodemográficas e escore MEEM no escore total do conhecimento, no modelo univariado, de 60 portadores de doença renal crônica, atendidos em um ambulatório de nefrologia, Goiânia, Goiás, Brasil, 2013–2014

Variáveis	Coefficiente de determinação	Backward	Valor de p
Idade (anos)	0,2530	-0,1173	0,0001
Renda pessoal	0,0072	0,0007	0,5250
Anos de estudo	0,3255	0,2507	0,0180
Tempo tratamento ambulatório (meses)	0,0001	0,0008	0,9256
Número de consultas	0,0106	0,1919	0,5590
Número de comorbidades	0,0006	0,0006	0,8450
Estadiamento da doença	0,0057	-0,3964	0,5740
Escore MEEM	0,1906	0,3049	0,0008
Escore total B-TOFHLA	0,0640	0,9590	0,0521

No modelo de regressão linear simples, o somatório do conhecimento foi associado às variáveis “idade, anos de estudo e escore do MEEM” (Tabela 4).

As variáveis estatisticamente significantes entraram no modelo múltiplo pelo método de Stepwise Backward Wald. A idade foi a variável de maior influência no escore total de conhecimento ($p = 0,0001$), respondendo sozinha por 25,3% na variação do escore.

DISCUSSÃO

A confirmação no presente estudo de que a DRC no adulto é secundária à hipertensão e diabetes segue resultados da literatura nacional e internacional^(11,15) e reforça a necessidade dos profissionais de saúde estarem atentos para a identificação precoce dos marcadores de dano da função renal em grupos considerados de risco clínico, como os hipertensos e os diabéticos^(4,15), e também naqueles com fatores de risco sociodemográficos para DRC, como baixo nível de escolaridade e baixa renda *per capita*⁽³⁾. Além disso, a população deve ser alertada de que é uma doença assintomática em seus estágios iniciais.

As implicações econômicas da DRC estão associadas ao impedimento da atividade de trabalho em alguns casos, à redução

de horas trabalhadas, aposentadoria e saída precoce do mercado de trabalho e conseqüente inserção em programas de auxílio financeiro à doença, causando reajustes na dinâmica familiar e mudanças na ordem financeira para manutenção do lar⁽²¹⁾. Tendo em vista que os idosos constituíram a maioria dos entrevistados no presente estudo, o trabalho não deve ser entendido apenas como profissão geradora de renda, mas sim como atividade que permite ao ser humano sentir-se útil e que lhe traz funcionalidade no meio em que vive⁽²²⁾.

Além disso, vivenciar a doença crônica impõe limitações físicas, sociais e emocionais que, ocasionadas pela nova condição, influenciam diretamente na percepção da doença⁽¹¹⁾. Por isso, a presença de rede de apoio familiar, como referida pelos entrevistados, pode ser considerada fator positivo, pois ajuda no processo de readaptação à realidade imposta pela doença⁽²³⁾ e na dependência emocional e física.

O conhecimento é resultado da interpretação da informação e sua associação com as experiências vicárias de cada indivíduo⁽²⁴⁾. Nos resultados da presente pesquisa, o conhecimento insuficiente foi relacionado à idade, ao comprometimento cognitivo e aos anos de estudo, confirmando a conclusão de outras pesquisas as quais também apontam que indivíduos com baixa escolaridade e com idade avançada

apresentam conhecimento insuficiente em relação à doença e ao tratamento⁽²⁵⁾. Idade e tempo de tratamento foram associados ao conhecimento insuficiente, mas em investigação realizada com crianças⁽¹³⁾. Diferente do que foi evidenciado no presente estudo, o tempo de tratamento também já foi descrito como variável importante para a percepção/conhecimento em relação à doença⁽¹¹⁾.

A cada consulta, o doente renal crônico é exposto a informações referentes à sua condição⁽⁶⁾, o que exige dele habilidades cognitivas de leitura e numeramento suficientes, para que as informações sejam processadas e resultem em conhecimento⁽²⁶⁾. O comprometimento cognitivo apresentado pelos integrantes do presente estudo e sua associação com conhecimento insuficiente é preocupante, ao mesmo tempo que retrata a premissa de que os serviços de saúde especializados no tratamento em nefrologia devem ampliar sua perspectiva de cuidado, ainda muito centrada em procedimentos técnicos e de dependência tecnológica⁽⁶⁾.

O desconhecimento dos entrevistados sobre o caráter permanente da doença e a presença de crenças de que o tratamento leva à cura da doença renal também foram relatados em outro estudo⁽¹³⁾. Esse achado é relevante, pois, quando o paciente não compreende o real sentido da cronicidade da DRC, pode criar falsa expectativa, levando à frustração e desmotivando-o a seguir o regime terapêutico. Investigação realizada sobre adesão medicamentosa com doentes renais crônicos em diálise revelou que o conhecimento sobre a doença e o nível cognitivo podem influenciar nos comportamentos de adesão medicamentosa⁽²⁷⁾. A maioria dos doentes renais crônicos entrevistados no presente estudo era hipertensa, sendo que o consumo diário de medicamentos já fazia parte do seu cotidiano. Esse dado pode explicar a alta porcentagem de acerto nesse item⁽¹⁾.

O maior nível de escolaridade dos integrantes do estudo atual foi responsável por melhor desempenho no teste de LFS, indicando que as habilidades de leitura e escrita reduzidas podem limitar o acesso a informações de saúde^(8,11,28). Em se tratando de um instrumento de avaliação do LFS específico para habilidades de leitura e numeramento, era de se esperar que pessoas com maiores níveis de instrução formal obtivessem melhores resultados. Entretanto, é importante ressaltar que, mesmo sendo uma variável de grande influência nos escores de LFS⁽²⁸⁾, o domínio do código numérico e linguístico não é condição primeira para melhores níveis de letramento⁽²⁹⁾. Outras dimensões do fenômeno devem ser exploradas a exemplo do acesso ao serviço de saúde, a qualidade das informações ofertadas pelos profissionais de saúde e o processo de comunicação entre os pares envolvidos.

Apesar do nível de LFS inadequado ter sido demonstrado em estudos com portadores de DRC em terapia renal substitutiva, e sua relação com o baixo nível de conhecimento em relação à doença já ter sido evidenciada⁽⁵⁾, tal relação não foi observada nos resultados do presente estudo. O número reduzido de participantes e o fato de 100% deles apresentarem LFS inadequado poderiam justificar a não associação entre as variáveis, porém a proximidade estatística encontrada ($p = 0,052$) sugere tal associação. Mesmo não sendo observada

tal relação, é importante que os profissionais que assistem os renais crônicos levem em consideração o nível de LFS, pois, em geral, tendem a superestimar o nível de letramento dos seus pacientes⁽³⁰⁾. Isso pode levar ao abismo entre aquele que fala e o receptor, ou seja, a mensagem acaba se perdendo em razão do desalinhamento entre o que é falado e o que é entendido.

Limitações do estudo

É preciso reconhecer, que a investigação do letramento funcional em saúde e o conhecimento do renal crônico em tratamento pré-dialítico são, ainda, pouco descritos pela literatura nacional, o que dificultou a contextualização dos resultados encontrados com o panorama nacional, fazendo com os dados obtidos fossem predominantemente descritivos. Além disso, o número reduzido de participantes no estudo limitou a realização de análises mais robustas.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

A mensuração do LFS ainda é pouco explorada no Brasil. Incluir a mensuração nas práticas de saúde permitirá aos profissionais intervir sobre as limitações relacionadas ao acesso, a compreensão e uso das informações e dos serviços de saúde, além de explorar/ reforçar as competências para tomada de decisão em saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo mostram que os doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico apresentam dificuldades em processar as informações em saúde recebidas, transformá-las em conhecimento e assim aplicá-las em prol do autogerenciamento da doença. Ainda que com número reduzido de participantes, foi confirmada a necessidade de se ampliar a investigação sobre o nível de letramento funcional em saúde do doente renal crônico em tratamento pré-dialítico associado ao conhecimento sobre sua doença.

O olhar atento dos profissionais de saúde para o LFS pode contribuir para a resolutividade dos planos de cuidado e retardar a entrada dos pacientes em modalidades de terapias renais substitutivas.

Esse estudo sinaliza ainda a importância de se realizar um inquérito nacional para identificar o perfil de letramento em saúde da população brasileira, a exemplo do que existe em outros países. Tal mapeamento poderia subsidiar a reformulação de políticas públicas, propiciando a todos os indivíduos acessarem e usarem as informações e os serviços de saúde disponíveis, minimizando a condição de vulnerabilidade em saúde em que se encontram.

Foram sinalizadas lacunas importantes na assistência dos doentes renais crônicos, relacionadas às estratégias de intervenções adequadas às limitações de acesso, à compreensão e uso das informações em saúde. Foi possível perceber também pouco conhecimento e habilidades dos profissionais em lidar com limitados níveis de LFS na população, bem como em trabalhar com esse fato.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros MCW, Sá MPC. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. *Rev RENE* [Internet]. 2011[cited 2015 Jun 10];12(1):65-72. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a09v12n1.pdf
2. Obrador GT, Mahdavi-Mazdeh M, Collins AJ. Establishing the global kidney disease prevention network (KDPN): a position statement from the National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2011[cited 2015 Jun 10];57(3):361-70. Available from: [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(10\)01705-1/pdf](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(10)01705-1/pdf)
3. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol*. 2011;33(1):93-108.
4. Brasil. Portaria nº 389. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 14 mar. 2014 [cited 2015 Jul 15] Sessão 1, p. 35. Available from: http://sbn.org.br/app/uploads/portaria_n_389_novas_diretrizes_clinicas_drc.pdf
5. Green JA, Mor MK, Shields AM, Sevick MA, Arnold RM, Palevsky PM, et al. Associations of health literacy with dialysis adherence and health resource utilization in patients receiving maintenance hemodialysis. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2013[cited 2015 Jun 10];62(1):73-80. Available from: [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(12\)01591-0/abstract](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(12)01591-0/abstract)
6. Santos L, Mansur HN, Paiva TF, Colugnati FA, Bastos MG. [Health literacy: importance of assessment in nephrology]. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2012[cited 2015 Jul 10];34(3):293-302. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a14.pdf> Portuguese.
7. Young B. Health literacy in nephrology: what is it important? *Am J Kidney Dis*. 2013;62(1):3-6.
8. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012[cited 2015 Jun 10];12(1):1-13. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
9. Passamai MPB. 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 [Thesis]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.
10. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health literacy: emerging evidence and applications in kidney disease care. *Adv Chronic Kidney Dis* [Internet]. 2013[cited 2015 Jun 10];20(4):311-19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767572/pdf/nihms-474586.pdf>
11. Wright JA, Wallston KA, Elasy TA, Ikizler TA, Cavanaugh KL. Development and results of a kidney disease knowledge survey given to patients with CKD. *Am J Kidney Dis*. 2011;57(3):387-95.
12. Lorig K. Becoming an active self-manager. In: Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M, editors. *Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, depression, asthma, bronchitis, emphysema, and other physical and mental health conditions*. 4. ed. Colorado: Bull Publishing Company; 2012. p. 15.
13. Canhestro M, Oliveira E, Soares C, Marciano R, Assunção D, Gazzinelli A. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. *Rev Min Enferm*. 2010;14(3):335-44.
14. Gricio TC, Kusumota L, Cândido ML. Percepções e conhecimento de pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. *Rev Eletron Enferm*. 2009;11(4):884-93.
15. Luciano E, Luconi P, Sesso R, Melaragno C, Reis S, Furtado R, et al. Prospective study of 2151 patients with chronic kidney disease under conservative treatment with multidisciplinary care in the Vale do Paraíba, SP. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2012[cited 2015 Jun 10];34(3):226-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/en_v34n3a03.pdf
16. Condé SAL, Fernandes N, Santos FR, Chouab A, Mota MMEP, Bastos MG. Cognitive decline, depression and quality of life in patients at different stages of chronic kidney disease. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2010[cited 2015 Jun 10];32(3):242-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n3/en_v32n3a04.pdf
17. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, et al. [Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009[cited 2015 Jul 10];43:631-8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240178009> Portuguese.
18. Dahlke AR, Curtis LM, Federman AD, Wolf MS. The mini mental status exam as a surrogate measure of health literacy. *J Gen Int Med* [Internet]. 2014[cited 2015 Jun 10];29(4):615-20. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-013-2712-x>
19. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
20. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, J N. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38:33-42.
21. Godoy MR, Balbinotto-Neto G, Barros PP, Ribeiro EP. Estimando as perdas de rendimento devido a doença renal crônica no Brasil *Divulg Saúde Debate*. 2007;38:68-85.
22. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Children and adolescents with chronic kidney disease in an educational-therapeutic environment: support for cultural nursing care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012[cited 2015 Jun 10];46(5):1057-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reus/v46n5/en_04.pdf
23. Thomé EGR, Meyer DEE. Mulheres cuidadoras de homens com doença renal crônica: uma abordagem cultural. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011[cited 2015 Jun

- 10];20(3):303-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/11.pdf>
24. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012[cited 2015 Jun 10];17(3):621-26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/en_v17n3a07.pdf
25. Tuot DS, Plantinga LC, Hsu C-Y, Jordan R, Burrows NR, Hedgeman E, et al. Chronic kidney disease awareness among individuals with clinical markers of kidney dysfunction. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011;6(8):1838-44.
26. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Educ Couns*. 2010;79(1):36-42.
27. Castro MCM, Aoki MVS, Domingos ES, Coutinho RCS, Silva CF, Couto JL, et al. Determinantes da não-adesão medicamentosa nos pacientes em hemodiálise. *J Bras Nefrol*. 2009;31(2):89-95.
28. Osborne R, Batterham R, Elsworth G, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of health literacy questionnaire. *BMC Public Health* [Internet]. 2013[cited 2015 Jun 10];13:1-17. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-658>
29. Soares M. Letramento um tema em três gêneros. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2012. 128 p.
30. Dickens C, Lambert BL, Cromwell T, Piano M. Nurse over-estimation of patients' health literacy. *J Health Commun*. 2013;18:62-9.
-