



LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E O CONHECIMENTO DOS DOENTES RENAI CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONSERVADOR

Functional health literacy and the knowledge of chronic kidney patients under conservative treatment

Alfabetización funcional en salud y el conocimiento de los enfermos renales crónicos en tratamiento conservador

Jullyane Rebeca Rodrigues da Silva 

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE - Recife (PE) - Brasil

Givaneide Oliveira de Andrade Luz 

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife (PE) - Brasil

Sibelly Morgana Barata da Silva 

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife (PE) - Brasil

Lilian Katiussia Araújo de Medeiros 

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE - Recife (PE) - Brasil

Jair Luiz Santos Júnior 

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE - Recife (PE) - Brasil

Isabel Cristina Ramos Vieira Santos 

Universidade de Pernambuco - Recife (PE) - Brasil

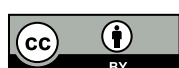
RESUMO

Objetivo: Avaliar o nível de letramento funcional em saúde e o conhecimento sobre a doença renal crônica (DRC) nos pacientes em tratamento conservador. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e quantitativo realizado em um hospital público de referência em Pernambuco, Brasil, em 2018. A amostra, não probabilística por conveniência, incluiu 34 pacientes em acompanhamento ambulatorial de DRC com tratamento conservador. Aplicaram-se os instrumentos: questionário sociodemográfico, perfil clínico, questionário sobre o conhecimento dos princípios básicos no tratamento conservador da DRC e o teste B-TOFHLA (*Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*), para avaliar o nível do letramento funcional em saúde (LFS). **Resultados:** Verificou-se que o conhecimento de 85,3% (n=29) dos participantes é suficiente em relação aos princípios básicos do tratamento conservador da DRC. Em relação ao LFS, houve prevalência do nível inadequado em 14,7% (n=5) dos participantes. Em relação à associação da influência do letramento no conhecimento sobre o tratamento da DRC, verificou-se maior conhecimento no grupo com letramento adequado (90,0%; n=9), enquanto que, no grupo com letramento inadequado (limítrofe), a prevalência de conhecimento suficiente foi de 83,3% (n=20). Observou-se ainda que, além da escolaridade, a religião é também estatisticamente relevante ($p=0,003$; $p=0,048$) para o nível adequado de LFS no grupo estudado. **Conclusão:** Os participantes com DRC em tratamento conservador obtiveram nível inadequado de letramento funcional em saúde e conhecimento suficiente em relação à doença e ao tratamento. Esses achados referentes ao conhecimento apontam que apenas a transferência dele para os usuários não é suficiente para decisões que envolvem o autogerenciamento da saúde.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Alfabetização em Saúde; Conhecimento; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of functional health literacy and knowledge about chronic kidney disease (DRC) in patients under conservative treatment. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive, and quantitative study carried out in a public reference hospital in Pernambuco, Brazil, in 2018. The sample, non-probabilistic for convenience, included 34 patients in the outpatient



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 19/05/2019

Aceito em: 21/11/2019

follow-up of DRC with conservative treatment. The following instruments were applied: sociodemographic questionnaire, clinical profile, questionnaire on the knowledge of the basic principles in the conservative treatment of DRC, and the B-TOFHLA test (Brief Test of Functional Health Literacy in Adults), to evaluate the level of functional health literacy (LFS). **Results:** It was found that the knowledge of 85.3% (n = 29) of the participants is sufficient concerning the basic principles of conservative treatment of DRC. Regarding the LFS, the inadequate level was prevalent in 14.7% (n = 5) of the participants. Regarding the association of the influence of literacy on knowledge about the treatment of DRC, there was greater knowledge in the group with adequate literacy (90.0%; n = 9), while in the group with inadequate literacy (borderline), the prevalence of sufficient knowledge was 83.3% (n = 20). It was also observed that, in addition to education, religion is also statistically relevant (p = 0.003; p = 0.048) for the adequate level of FHL in the studied group. **Conclusion:** Participants with DRC under conservative treatment obtained an inadequate level of functional health literacy and sufficient knowledge about the disease and treatment. These findings referring to knowledge point out that just transferring it to users is not enough for decisions that involve self-management of health.

Descriptors: Renal Insufficiency, Chronic; Health Literacy; Knowledge; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de alfabetización funcional en salud y el conocimiento de la enfermedad renal crónica (ERC) de enfermos en tratamiento conservador. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo realizado en un hospital público de referencia de Pernambuco, Brasil, en 2018. La muestra fue no probabilística y de conveniencia con 34 enfermos en seguimiento en el ambulatorio de ERC con tratamiento conservador. Se aplicaron los instrumentos a continuación: el cuestionario sociodemográfico, el perfil clínico, el cuestionario sobre el conocimiento de los principios básicos del tratamiento conservador de la ERC y la prueba B-TOFHLA (Brief Test of Functional Health Literacy in Adults), para evaluar el nivel de alfabetización funcional en salud (AFS). **Resultados:** Se verificó que el conocimiento del 85,3% (n=29) de los participantes es suficiente respecto los principios básicos del tratamiento conservador de la ERC. Respecto la AFS hubo prevalencia del nivel inadecuado en el 14,7% (n=5) de los participantes. Sobre la asociación de la influencia de la alfabetización para el conocimiento del tratamiento de la ERC, se verificó más conocimiento en el grupo con alfabetización adecuado (90,0%; n=9) mientras que en el grupo con la alfabetización inadecuada (límitrofe), la prevalencia del conocimiento suficiente ha sido del 83,3% (n=20). Se observó aún que, además de la escolaridad, la religión también es estadísticamente relevante (p=0,003; p=0,048) para el nivel adecuado de AFS en el grupo estudiado. **Conclusión:** Los participantes con ERC en tratamiento conservador tuvieron el nivel inadecuado de alfabetización funcional en salud y el conocimiento suficiente respecto la enfermedad y el tratamiento. Esos hallazgos referentes al conocimiento apuntan que solamente su transferencia para los usuarios no es el suficiente para las decisiones que implica la auto gerencia en salud.

Descriptores: Insuficiencia Renal Crónica; Alfabetización en Salud; Conocimiento; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC), retratada ineditamente em 1836⁽¹⁾, consiste na diminuição progressiva e irreversível das atividades reguladora, excretora e endócrina desempenhadas pelos rins. A função renal é avaliada a partir da mensuração da taxa de filtração glomerular (TFG)⁽²⁾.

Quando a TFG alcança valor inferior a 60 mL/min/1,73m², ou lesão renal persistente por um período mínimo de 3 meses, o indivíduo é considerado portador da DRC⁽³⁾. O estadiamento da DRC é classificado do estágio 1 (mais brando) ao estágio 5 (mais grave). Os estágios 1 e 2, considerados mais leves, apresentam TFG > 60 mL/min/1,73m³ e a existência de lesões renais deve ser comprovada. Já nos estágios 3, 4 e 5, a TFG apresenta-se inferior a 60, 30 e 15 mL/min/1,73m³, respectivamente, sendo assim apontados como os estágios mais graves⁽⁴⁾.

A DRC é um problema de saúde coletiva no cenário mundial, e sua incidência aumenta cerca de 8% ao ano⁽⁵⁾. Esse panorama justifica-se devido à melhora da expectativa de vida e decorrente envelhecimento da população, concomitantemente à elevação do número de portadores das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM), e representa, assim, risco exacerbado para desenvolvimento da DRC⁽⁶⁾.

No Brasil, as taxas de incidência e prevalência da DRC crescem de forma acelerada. Estima-se que, aproximadamente, 12 milhões de brasileiros apresentam algum grau de comprometimento renal, não obstante é difícil precisar esses números em relação aos estágios iniciais da DRC, por estarem relacionados ao subdiagnóstico⁽⁷⁾.

O diagnóstico precoce é primordial para otimizar fatores nefroprotetores (dietas, medicamentos, controle dos distúrbios metabólicos e comorbidades), a fim de desacelerar a progressão da DRC e retardar ou evitar o ingresso desse possível paciente na terapia renal substitutiva (TRS). Para isto, o tratamento conservador (TC) da DRC engloba medidas que são capazes de melhorar a sobrevida desses pacientes ao promover saúde, prevenir complicações,

detectar precocemente a diminuição da função renal, realizar estadiamento da doença e ações de planejamento para TRS, se necessário⁽⁸⁾. A negligência dessas recomendações provoca diminuição da qualidade de vida dos pacientes, pois agrava as condições clínicas ao impactar diretamente nos fatores físicos e psicológicos dos enfermos⁽⁹⁾.

Dessa forma, o conhecimento sobre a condição de saúde é imprescindível para que haja o efetivo autogerenciamento, que consiste na capacidade de realizar o autocuidado e decidir a respeito do tratamento, de reconhecer e compreender sintomas, de definir objetivos e de relacionar-se positivamente com a equipe de saúde⁽¹⁰⁾.

O letramento funcional em saúde (LFS) está relacionado diretamente com as habilidades supracitadas, revelando-se, ainda, como temática complexa e multidimensional, podendo ser conceituada como o conhecimento, encorajamento e aptidão em compreender as informações no contexto da saúde e serviços básicos, além de ressaltar a capacidade de julgar e decidir sobre os cuidados, promoção e prevenção à saúde⁽¹¹⁾.

No âmbito da DRC, o nível adequado de letramento funcional em saúde é potencialmente decisivo para determinar os desfechos da saúde, visto que as condições que permeiam o doente renal crônico exigem habilidades de letramento e numeramento suficientes para compreender as informações inerentes à doença e ao tratamento⁽¹²⁾.

Nesse contexto, o LFS torna-se imprescindível para compreensão das orientações no âmbito da doença e tratamento, uma vez que o conhecimento deve ser oportuno para gerar mudança de comportamento e interfere positivamente no processo do adoecimento. Dessa maneira, inteirar-se de sua condição de saúde é determinante para se empoderar e realizar o autogerenciamento, pois só é possível decidir a respeito de algo conhecido⁽¹³⁾.

No Brasil, pouco se sabe dos níveis de letramento funcional de saúde nos portadores da doença renal crônica em tratamento conservador e do conhecimento relacionado à doença e ao tratamento⁽¹⁰⁾. Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar o nível de letramento funcional em saúde e o conhecimento sobre a doença renal crônica dos pacientes em tratamento conservador.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa⁽¹⁴⁾ realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) no período de março a agosto de 2018. Esse serviço comporta o ambulatório de nefrologia, que é referência em Pernambuco, onde são acompanhados pacientes portadores da doença renal crônica, em tratamento conservador, nos seus variados estadiamentos.

A amostragem foi não probabilística, por conveniência, resultando em 34 participantes acompanhados pelo ambulatório da Nefrologia, que atende aproximadamente duzentos (200) pacientes a cada mês. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou maior que 18 anos, ser doente renal crônico em tratamento conservador, em acompanhamento pelo ambulatório de Nefrologia do HC-UFPE há pelo menos 6 meses, alfabetizados (habilidades de leitura e escrita) e não possuir déficit visual que inviabilizasse a leitura do instrumento aplicado. Excluíram-se pacientes com doença neurodegenerativa, distúrbios psiquiátricos não controlados e os que já haviam realizado transplante renal.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram quatro questionários: o primeiro engloba as características sociodemográficas; o segundo, o perfil clínico; o terceiro é um questionário validado, que contém perguntas acerca do conhecimento sobre os princípios básicos do tratamento conservador da doença renal crônica⁽¹⁵⁾ e, o quarto, o *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults* (B-TOFHLA)⁽¹⁶⁾, teste de letramento funcional em saúde.

O questionário sociodemográfico investigou as seguintes variáveis: nome, data de nascimento, sexo, situação conjugal/familiar, nível de escolaridade, renda familiar, profissão e ocupação atual, número de filhos, dependência do cuidador para auxiliar no manejo da DRC e escolaridade do cuidador.

Para traçar o perfil clínico dos participantes da pesquisa, o instrumento contemplou variáveis que concerniam sobre: doença de base, tempo de tratamento conservador, peso, altura, comorbidades, número de consultas com nefrologista, entre outras.

O questionário utilizado para avaliar o conhecimento dos pacientes sobre os princípios básicos do tratamento conservador da DRC era composto por 21 perguntas. Destas, 19 deveriam ser respondidas com “certo”, “errado” e “não sei”, e as outras 2 (duas) questionam os medicamentos utilizados e a causa da DRC. Para determinar o escore de nível do conhecimento, cada acerto valia um ponto e as respostas erradas ou que não souberam responder pontuou 0 (zero). Nos itens 20 e 21, perguntas abertas, as respostas “totalmente correta” e “parcialmente correta” valiam um ponto, enquanto as respostas consideradas erradas não pontuavam. Assim, o somatório do questionário é classificado de acordo com a porcentagem de acertos: conhecimento excelente (90 - 100%), conhecimento bom

(80 - 89%), conhecimento suficiente (70 - 79%), conhecimento moderado (60 - 69%) e conhecimento insuficiente (59% ou menos). Para o cômputo geral, consideraram-se dois níveis do conhecimento: conhecimento suficiente (acertos $\geq 70\%$) e conhecimento insuficiente (acertos $< 70\%$)⁽¹⁵⁾.

Para realizar o rastreamento do nível de letramento funcional em saúde, utilizou-se um questionário autoaplicável, o teste B-TOFHLA, que se dividia em duas partes: a avaliação do letramento, composta por duas passagens de texto, totalizando 36 itens; e a do numeramento, composta por 4 itens. O tempo para responder os itens não deveria ultrapassar 12 minutos. Cada pergunta sobre letramento respondida corretamente computava dois pontos, totalizando 72 pontos. Para os itens de numeramento, cada acerto computava 7 pontos, resultando em 28 pontos. Para somatório geral do LFS, classificou-se da seguinte forma: inadequado LFS (0 – 53 pontos), marginal LFS (54 – 66 pontos) e adequado LFS (67 – 100 pontos)⁽¹⁶⁾.

Para análise dos dados, construiu-se um banco no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18, digitado por dupla entrada. A análise do perfil socioeconômico e do perfil clínico ocorreu através dos cálculos das frequências percentuais, com a construção das respectivas distribuições de frequência. A fim de comparar a proporção dos percentuais avaliados, aplicou-se o teste do qui-quadrado. Além disso, calculou-se a prevalência dos participantes quanto ao conhecimento sobre os princípios básicos no tratamento conservador da doença renal crônica, assim como da classificação do LFS.

Em relação à avaliação dos fatores que influenciam no grau de conhecimento sobre o tratamento renal e à classificação do LFS, construíram-se tabelas de contingência e do teste qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste qui-quadrado não foram satisfeitas, aplicou-se o teste exato de Fisher. Considerou-se o nível de significância de 5% em todas as análises.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos, conforme Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, com o Parecer n.º 2.459.195.

RESULTADOS

Na Tabela I, verifica-se que, no grupo estudado, há predomínio do sexo feminino (n=17; 85%), com 60 anos ou mais (n=10; 71,4%), de cor parda (n=14; 82,4%), casada ou em união estável (n=17; 81,0%), com estudos até o ensino médio completo/incompleto (n=14; 87,5%), de religião católica (n=16; 88,9%), aposentada (n=10, 76,9%), com renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (SM) (n=15; 93,8%) e procedente de Recife e Região Metropolitana (n=23; 85,2%). O teste de comparação de proporção obteve resultado significativo nas seguintes variáveis: escolaridade, religião, renda familiar e procedência, indicando que, nesses fatores, o perfil descrito é, relevantemente, o mais presente entre os participantes avaliados.

A seguir, na Tabela II, visualiza-se que: a maioria (n=7; 20,6%) não depende de cuidador para manejar a doença; 64,7% (n=22) têm a HAS como a principal doença base; 88,2% (n=30) iniciaram o tratamento conservador há mais de um ano; 41,2% (n=14) possuem índice de massa corporal (IMC) normal e 47,1% (n=16) estão em estágio V da DRC. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados ao apontar que o perfil descrito é, relevantemente, o mais frequente entre o grupo em estudo, exceto no fator IMC, e indica que o número dos indivíduos com peso normal, sobrepeso e obeso é semelhante.

Como resultado da distribuição da classificação do conhecimento e do nível de LFS dos participantes avaliados (Tabela III), a maioria (n=29; 85,3%) possui conhecimento suficiente sobre os princípios básicos do tratamento conservador da doença renal crônica e apresenta classificação inadequada do LFS (n=20; 58,8%). O teste de comparação de proporção foi significativo em ambos os fatores avaliados ($p < 0,001$; $p < 0,003$).

Na Tabela IV é possível visualizar a prevalência (90,0%; n=9) de conhecimento no grupo com letramento adequado. O teste de independência não apresentou resultado significativo, indicando que não há mudança relevante na prevalência de conhecimento entre os grupos com letramento adequado e com letramento inadequado/ limítrofe.

Observa-se, na Tabela V, a associação do perfil sociodemográfico com o nível do LFS e classificação do conhecimento. A escolaridade e a religião foram fatores determinantes para o nível de letramento, mostrando que, no grupo com nível superior completo/incompleto, verifica-se maior prevalência de letramento adequado. Para religião, o grupo com crença diferente da católica e evangélica apresenta maior nível de letramento.

Tabela I - Perfil socioeconômico dos indivíduos com doença renal crônica em tratamento conservador em um Hospital Universitário de Recife, Pernambuco, 2018.

Variável	n	%	p-valor ¹
Sexo			
Masculino	14	41,2	0,303
Feminino	20	58,8	
Idade			
26 a 45 anos	8	23,5	0,439
46 a 59 anos	12	35,3	
60 ou mais anos	14	41,2	
Raça e cor			
Parda	17	50,0	0,117
Branca	9	26,5	
Negra	8	23,5	
Estado civil			
Solteiro/viúvo/separado	13	38,2	0,170
Casado/união estável	21	61,8	
Escolaridade			
Fundamental incomp./comp.	15	44,1	0,010
Médio incomp./comp.	16	47,1	
Superior incomp./comp.	3	8,8	
Religião			
Católico	18	52,9	0,002
Evangélico	14	41,2	
Outra	2	5,9	
Ocupação			
Formal	7	20,6	0,365
Informal	7	20,6	
Aposentado	13	38,2	
Desempregado	7	20,6	
Renda familiar			
Até 1 SM	15	44,1	0,010
1 a 2 SM	16	47,1	
3 ou mais SM	3	8,8	
Procedência			
Recife e RM	27	79,4	0,001
Outras Regiões de PE	7	20,6	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção; Incomp: incompleto; comp: Completo; SM: Salário mínimo; RM: Região metropolitana; PE: Pernambuco

Tabela II - Perfil clínico dos indivíduos com doença renal crônica em tratamento conservador em um Hospital Universitário de Recife, Pernambuco, 2018.

Variável	n	%	p-valor
Depende de cuidador para manejo da doença			
Sim	7	20,6	<0,001
Não	27	79,4	
Doença base			
HAS	22	64,7	<0,001
DM	4	11,8	
Glomerulopatias	1	2,9	
Outras	7	20,6	
Início do tratamento			
Menos de 1 ano	4	11,8	<0,001
Mais de 1 ano	30	88,2	
IMC			
Normal	14	41,2	0,625
Sobrepeso	10	29,4	
Obeso	10	29,4	
Estadiamento DRC			
Estágio II	1	2,9	<0,001
Estágio IIIa	1	2,9	
Estágio IIIb	5	14,7	
Estágio IV	11	32,4	
Estágio V	16	47,1	

¹p-valor do teste qui-quadrado para comparação de proporção; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes *mellitus*; DRC: doença renal crônica; IMC: índice de massa corporal

Tabela III - Distribuição da classificação do conhecimento e do nível de letramento funcional em saúde dos indivíduos com doença renal crônica em tratamento conservador em um Hospital universitário de Recife, Pernambuco, 2018.

Variável	n	%	p-valor ¹
Nível de conhecimento sobre os princípios básicos no tratamento conservador da doença renal crônica			
Conhecimento suficiente	29	85,3	<0,001
Conhecimento insuficiente	5	14,7	
Classificação do B-TOFHLA			
Inadequado	20	58,8	<0,003
Limítrofe	4	11,8	
Adequado	10	29,4	

¹p-valor do teste qui-quadrado para comparação de proporção; B-TOFHLA: *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*

Tabela IV - Classificação do conhecimento, segundo o nível de letramento funcional em saúde dos indivíduos com doença renal crônica em tratamento conservador em um Hospital Universitário de Recife, Pernambuco, 2018.

Classificação do B-TOFHLA	Conhecimento sobre princípios básicos		p-valor
	Suficiente	Insuficiente	
Adequado	9(90,0%)	1(10,0%)	1,000 ¹
Inadequado/limitrofe	20(83,3%)	4(16,7%)	

¹p-valor do teste exato de Fisher; B-TOFHLA: *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*

Tabela V - Nível de conhecimento e da classificação do letramento funcional em saúde, segundo o perfil sociodemográfico, dos indivíduos com doença renal crônica em tratamento conservador em um Hospital Universitário de Recife, Pernambuco, 2018.

Variável	Conhecimento sobre princípios básicos		B-TOFHILA	
	Suficiente	Insuficiente	Adequado	Inadequado/ Limitrofe
Sexo				
Masculino	12(85,7%)	2(14,3%)	4(28,6%)	10(71,4%)
Feminino	17(85,0%)	3(15,0%)	6(30,0%)	14(70,0%)
p-valor	1,000 ¹		1,000 ¹	
Idade				
26 a 45 anos	8(100,0%)	0(0,0%)	3(37,5%)	5(62,5%)
46 a 59 anos	11(91,7%)	1(8,3%)	5(41,7%)	7(58,3%)
60 ou mais anos	10(71,4%)	4(28,6%)	2(14,3%)	12(85,7%)
p-valor	0,252 ¹		0,242 ¹	
Raça e cor				
Parda	14(82,4%)	3(17,6%)	5(29,4%)	12(70,6%)
Branca	9(100,0%)	0(0,0%)	4(44,4%)	5(55,6%)
Negra	6(75,0%)	2(25,0%)	1(12,5%)	7(87,5%)
p-valor	0,395 ¹		0,486 ¹	
Estado civil				
Solteiro/viúvo/separado	12(92,3%)	1(7,7%)	4(30,8%)	9(69,2%)
Casado/união estável	17(81,0%)	4(19,0%)	6(28,6%)	15(71,4%)
p-valor	0,627 ¹		1,000 ¹	
Escolaridade				
Fundamental incomp./comp.	12(80,0%)	3(20,0%)	1(6,7%)	14(93,3%)
Médio incomp./comp.	14(87,5%)	2(12,5%)	6(37,5%)	10(62,5%)
Superior incomp./comp.	3(100,0%)	0(0,0%)	3(100,0%)	0(0,0%)
p-valor	0,789 ¹		0,003 ¹	
Religião				
Católica	16(88,9%)	2(11,1%)	3(16,7%)	15(83,3%)
Evangélica	11(78,6%)	3(21,4%)	5(35,7%)	9(64,3%)
Outra	2(100,0%)	0(0,0%)	2(100,0%)	0(0,0%)
p-valor	0,733 ¹		0,048 ¹	
Ocupação				
Formal	7(100,0%)	0(0,0%)	4(57,1%)	3(42,9%)
Informal	7(100,0%)	0(0,0%)	3(42,9%)	4(57,1%)
Aposentado	10(76,9%)	3(23,1%)	2(15,4%)	11(84,6%)
Desempregado	5(71,4%)	2(28,6%)	1(14,3%)	6(85,7%)
p-valor	0,361 ¹		0,193 ¹	
Renda familiar				
Até 1 SM	11(73,3%)	4(26,7%)	4(26,7%)	11(73,3%)
1 a 2 SM	15(93,8%)	1(6,3%)	4(25,0%)	12(75,0%)
3 ou mais SM	3(100,0%)	0(0,0%)	2(66,7%)	1(33,3%)
p-valor	0,268 ¹		0,338 ¹	
Procedência				
Recife e RM	23(85,2%)	4(14,8%)	7(25,9%)	20(74,1%)
Outras Regiões de PE	6(85,7%)	1(14,3%)	3(42,9%)	4(57,1%)
p-valor	1,000 ¹		0,394 ¹	

¹p-valor do teste Exato de Fisher; B-TOFHILA: *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*; SM: Salário mínimo; RM: Região metropolitana; PE: Pernambuco; incomp: incompleto; comp: completo

DISCUSSÃO

Os achados das variáveis sociodemográficas da presente pesquisa obtiveram equivalência com outros estudos realizados na população com DRC no que diz respeito à idade, ao sexo e à renda familiar^(13,17,18). A DRC acomete sem distinções homens e mulheres, contudo é possível afirmar que há aumento de afecções nos indivíduos de sexo masculino, mas eles procuram menos os serviços de saúde quando comparados às mulheres⁽¹⁹⁾. Tal evidência pode justificar maior demanda do sexo feminino neste ambulatório. Quanto à faixa etária, em nível mundial, estima-se o crescimento no público idosos de 841 milhões, em 2013, para 2 bilhões, em 2050, elevando concomitante a prevalência das DCNTs⁽¹⁷⁾. Sabe-se que a variável econômica é destacada como preditora de risco para progressão da DRC, uma vez que a baixa renda familiar impacta negativamente nas condições de vida do indivíduo por interferir na qualidade da alimentação, no acesso aos serviços de saúde e na adesão terapêutica⁽¹³⁾.

Os resultados do perfil clínico da atual pesquisa apresentaram-se similares aos encontrados em estudos no âmbito nacional, em relação à doença de base e tempo de tratamento^(19,20-22) e divergente dos achados quanto ao estadiamento da DRC. Diante disso, presume-se uma falha no manejo da doença e/ou acesso tardio ao serviço especializado de Nefrologia, pois os participantes deste estudo estão, em sua maioria, no estágio terminal da DRC.

Assim, faz-se necessário, efetivar a diretriz preconizada pelo Ministério da Saúde, que garante acesso aos serviços de saúde, detecção precoce e retardo da progressão da doença, ofertando melhor sobrevida e qualidade de vida ao paciente renal⁽²³⁾. É digna de nota a relevância da execução de outros estudos neste grupo a fim de investigar os fatores que influenciam na progressão da DRC e as possíveis dificuldades enfrentadas para se ter acesso ao sistema de saúde.

Nos aspectos inerentes ao nível de conhecimento sobre os princípios básicos do tratamento conservador, observou-se, na literatura, conhecimento predominantemente insuficiente dos indivíduos^(13,15), havendo divergência com os achados do presente estudo. Infere-se que a cronicidade da doença faz com que o participante consiga adquirir conhecimentos que englobam os aspectos do adoecimento e tratamento. Todavia sabe-se que, mesmo com o conhecimento suficiente, este pode não ser efetivo para execução das medidas nefroprotetoras. Isto que nos leva a afirmar que apenas a transferência do conhecimento para os usuários não é suficiente para decisões que envolvem o autogerenciamento da saúde. É preciso fomentar o investimento em um processo de educação em saúde que busque incitar no sujeito questões crítico-reflexivas sobre suas próprias condições de saúde⁽¹⁵⁾.

O elevado nível de letramento inadequado encontrado neste estudo, apresenta consonância com as pesquisas em pacientes acometidos com afecções crônicas^(13,24,25). Uma revisão integrativa sobre o LFS revela que os níveis inadequados predis põem ao surgimento de doenças crônicas⁽²⁶⁾. Ao visualizar o modelo integrado do LFS, uma das competências envolvidas é, justamente, a aptidão do indivíduo em promover saúde e prevenir doenças. Uma vez que haja falha nessa habilidade, os cuidados com a saúde ficam abalados. Dessa forma, é categórica a formulação de estratégias para intervenções que propiciem o desenvolvimento de habilidades com ênfase na prevenção e promoção de saúde⁽²⁷⁾.

O adequado LFS mostrou-se estatisticamente associado a um maior nível de escolaridade, dado encontrado em diversos estudos que envolvem a temática^(11,13,26). Portanto, a escolaridade repercute diretamente na compreensão das informações no âmbito da saúde. É cabível afirmar que os investimentos no cenário educacional implicam em desfechos positivos no contexto de saúde. No entanto afirma-se que, apesar de existir associação com o inadequado LFS dos indivíduos com baixa escolaridade, pessoas com elevada escolaridade e LFS adequado podem apresentar limitações com terminologias específicas da saúde⁽²⁸⁾. Por isto, ainda é passível de investigação de em quais domínios do questionário do B-TOHFLA as pessoas com LFS e escolaridade adequada apresentam dificuldades de compreensão.

O resultado relacionado ao LFS dos participantes da presente pesquisa evidencia uma realidade preocupante devido ao alto percentual do grupo com LFS inadequado/limítrofe. Mostra que há risco acentuado de danos à saúde nesse público, como uso incorreto das medicações, erro nos horários em que os medicamentos devem ser tomados e falhas na adesão à dietoterapia, que geram fracasso no regime terapêutico⁽²⁸⁾ e, conseqüentemente, aumentam a velocidade da progressão da DRC e antecipam o ingresso na TRS. Emergencialmente, é preciso identificar as lacunas que tornam esses indivíduos vulneráveis às condições precárias de saúde para, dessa forma, realizar intervenções assertivas nessa conjuntura.

Outra associação apontada pelo estudo foi a relação, mesmo que limítrofe, do adequado LFS com a religião espírita e adventista do sétimo dia. Sabe-se que a doutrina adventista vem sendo estudada ao longo dos anos, tendo chamado atenção para seus hábitos de vida⁽²⁹⁾. Um estudo observou que o estilo de vida adventista pôde garantir maior longevidade e menor risco para doenças cardiovasculares quando comparada à população não

adventista⁽³⁰⁾. Hipotetiza-se o autogerenciamento de saúde e a tomada de decisão efetiva nesse grupo, pois o adventismo defende o cuidado com o corpo, afirmando ser templo do Espírito Santo⁽³¹⁾. Na prática espírita, existe a crença que o motivo das enfermidades estão relacionadas com o próprio indivíduo, sendo preciso se autoexaminar para atingir a autopercepção, com o objetivo de se libertar do sofrimento⁽³²⁾. Assim sendo, o zelo com o corpo advém da afirmação que ele é instrumento para evolução do espírito⁽³²⁾.

Não obstante, apesar do estudo revelar significância estatística apenas para essas duas religiões, ressalta-se que a prática religiosa tem se mostrado, de forma geral, um fator de proteção para saúde, uma vez que estimula o abandono de hábitos nocivos. Assim, reforça-se a importância de incitar pesquisadores a estudar a religiosidade e seu impacto nas questões que envolvem saúde e LFS⁽³³⁾.

Conhecer os níveis de LFS permite executar ações individualizadas e coletivas mais direcionadas às características pessoais e do grupo, de prevenção de agravos, tratamento de doenças ou de promoção à saúde. Esse cenário poderá ser passível de mudança quando houver reformulação nas práticas pedagógicas dos profissionais inseridos no sistema de saúde. Essas intervenções deverão ser promovidas de acordo com o nível de letramento da população, adequando, assim, a comunicação profissional-paciente.

No que concerne às limitações do estudo, ressalta-se a dificuldade, devido ao fluxo dinâmico do ambulatório, de abordar o público-alvo deste estudo, pois as entrevistas aconteciam enquanto os participantes aguardavam as consultas médicas. De modo que havia, muitas vezes, recusa por receio de perder a consulta que aguardavam. Além disso, por ser um hospital escola, havia outras pesquisas acontecendo concomitantemente, deixando o público resistente a participar de diversas pesquisas.

A abordagem dos estudos acerca do conhecimento e LFS dos pacientes em tratamento conservador ainda é bastante restrita. Devem ser feitos estudos maiores, com o objetivo de investigar a associação entre o nível de letramento funcional em saúde do paciente renal crônico em tratamento e o seu conhecimento, correlacionando-o com o perfil sociodemográfico dos participantes.

CONCLUSÃO

Os participantes com doença renal crônica em tratamento conservador avaliados obtiveram nível inadequado de letramento funcional em saúde e conhecimento suficiente em relação à doença e ao tratamento, entretanto esses achados apontam que apenas a transferência do conhecimento para os usuários não é suficiente para decisões que envolvem o autogerenciamento da saúde.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros específicos, de relacionamentos e afiliações relevantes ao tema.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos participantes da pesquisa e à equipe do ambulatório de Nefrologia do HC-UFPE.

CONTRIBUIÇÕES

Jullyane Rebeca Rodrigues da Silva, Sibelly Morgana Barata da Silva e Givaneide Oliveira de Andrade Luz contribuíram com a elaboração e o delineamento do estudo; com a aquisição, análise e a interpretação dos dados; e a redação e /ou revisão do manuscrito. **Lilian Katiússia Araújo de Medeiros, Jair Luiz Santos Júnior e Isabel Cristina Ramos Vieira Santos** contribuíram com a aquisição, análise e a interpretação dos dados; e a redação e /ou revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Santos PR, Monte VL Neto. Aplicação do questionário SCORED para rastreamento da doença renal crônica entre pacientes hipertensos e diabéticos. *Cad Saúde Colet.* 2016;24:428-34.
2. Santos BP, Oliveira VA, Soares MC, Schwartz E. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sci.* 2017;42:8-13.

3. Nacional Kidney Foundation. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl.* 2017;7:1-59.
4. Daugirdas JT, Kjellstrand CM. Manual de diálise. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
5. Pereira ERS, Pereira AC, Andrade GB, Naghettini AV, Pinto FKMS, Batista SR, et al. Prevalence of chronic renal disease in adults attended by the family health strategy. *J Bras Nefrol.* 2016;38:22-30.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Pinho NA, Silva GV, Pierin AMG. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. *J Bras Nefrol.* 2015;37:91-7.
8. Silveira HS. O cuidado do familiar na percepção do cliente renal crônico em tratamento conservador: subsídios para a assistência de enfermagem na Atenção Primária [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2015.
9. Nerbass FB, Correa D, Santos RG, Kruger TS, Sczip AC, Veira MA, et al. Perceptions of hemodialysis patients about dietary and fluid restrictions. *J Bras Nefrol.* 2017;39:154-61.
10. Moraes KL. Conhecimento e letramento funcional em saúde de pacientes em tratamento pré-dialítico de um hospital de ensino [dissertação]. Goiânia: UFG; 2014.
11. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2013;16:301-14.
12. Fraser SDS, Roderick JP, Casey M, Taal WM, Yuen M, Nutbeam D. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant.* 2013;28:129-37.
13. Moraes KL, Brasil VV, Oliveira GF, Cordeiro JA, Silva AM, Boaventura RP, et al. Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. *Rev Bras Enferm.* 2017;70:155-62.
14. Campos JM, Silva BL, Ilias EJ, Ferraz AAB. Manual prático de pesquisa científica da graduação à pós-graduação. Rio de Janeiro: Revinter; 2016.
15. Canhestro MR, Oliveira EA, Soares CMB, Marciano RC, Assunção DC, Gazzinelli A. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. *REME Rev Min Enferm.* 2010;14:335-44.
16. 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.* 2009;4:631-8.
17. Rocha IA, Silva FVC, Campos TS, Marta CB, Lima RA. O Custo do atendimento aos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), em fase não dialítica de um Hospital Universitário. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J).* 2018;10:647-55.
18. Negretti CD, Mesquita PGM, Baracho NCV. Perfil Epidemiológico de Pacientes Renais Crônicos em Tratamento Conservador em um Hospital Escola do Sul de Minas. *Rev Ciênc Saúde.* 2015;4:49-60.
19. Costa MS, Sampaio JB, Teixeira OFB, Pinheiro MBGN, Leite ES, Pereira AA. Doenças renais: perfil social, clínico e terapêutico de idosos atendidos em um serviço de nefrologia. *Espaç Saúde.* 2015;16:77-85.
20. Alves LF, Abreu TT, Neves NCS, Moraes FA, Rosiany IL, Oliveira JWV, et al. Prevalência da doença renal crônica em um município do sudeste do Brasil. *J Bras Nefrol.* 2017;39:126-34.
21. Soares FC, Aguiar IA, Furtado NP, Carvalho RF, Torres RA, Segheto W, et al. Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em portadores de doença renal crônica em tratamento conservador do serviço ubaense de nefrologia. *Rev Cient Fagoc Saúde.* 2017;2(2).
22. Paiva LE, Luconi PS, Sesso RC, Melaragno CS, Abreu PF, Reis SFS, et al. Estudo prospectivo de 2151 pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador com abordagem multidisciplinar no Vale do Paraíba, SP. *J Bras Nefrol.* 2012;34:226-34.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

24. Passamai MPB, Carvalho HAS, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos. *Interface Comun Saúde Educ.* 2012;16:301-14.
25. International Organization for Migration. Health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary. Washington. (DC): The National Academies Press; 2013.
26. Rocha PC, Lemos SMA. Aspectos conceituais e fatores associados ao Letramento Funcional em Saúde: revisão de literatura. *Rev CEFAC.* 2016;18:214-25.
27. Sorensen K, Van BS, 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.* 2012;12:1-13.
28. Passamai MPB, Sampaio HAC, Lima JWO. Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde. Fortaleza: EdUECE; 2013.
29. Ferreira GM, Staut TC, Araujo SP, Oliveira NC, Portes LA. Estilo de vida entre brasileiros adventistas do sétimo dia. *Am J Lifestyle Med.* 2011;1:17-25.
30. Kanno DT, Sella LF, Oliveira NC. Estilo de vida de adventistas do sétimo dia e de não adventistas do município de Cotia, São Paulo. *Rev Ciênc Méd.* 2014;23:137-44.
31. Silva LBE, Silva SSBE, Marcílio AG, Pierin ÂMG. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98:329-37.
32. Kardec A. O evangelho segundo o espiritismo: com explicações das máximas morais do Cristo em concordância com o espiritismo e suas aplicações às diversas circunstâncias da vida. 3ª ed. Brasília: FEB; 2013.
33. Rocha CP, Rocha CD, Lemos MAS. Letramento Funcional em Saúde na Adolescência: Associação com determinantes sociais e percepção de contexto de violência. *CoDAS.* 2017;27.

Endereço para correspondência:

Jullyane Rebeca Rodrigues da Silva
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE
Av. Prof. Moraes Rego, 1235
Bairro: Cidade Universitária
Cidade: Recife - PE
CEP: 50670-901
E-mail: jullyanee@gmail.com

Como citar: Silva JRR, Luz GOA, Silva SMB, Medeiros LKA, Santos JL Jr, Santos ICRV. Letramento funcional em saúde e o conhecimento dos doentes renais crônicos em tratamento conservador. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2019;32:9470.
