

PUCRS

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM NEFROLOGIA

KÉSIA TOMASI DA ROCHA

**ESTUDO SOBRE O NÍVEL DE LETRAMENTO EM SAÚDE DOS PORTADORES DE DOENÇA
RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

KÉSIA TOMASI DA ROCHA

**ESTUDO SOBRE O NÍVEL DE LETRAMENTO EM SAÚDE DOS PORTADORES
DE DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL
SUBSTITUTIVA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde – área de concentração em Nefrologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dr. Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo

PORTO ALEGRE (RS)

2018

KÉSIA TOMASI DA ROCHA

**ESTUDO SOBRE O NÍVEL DE LETRAMENTO EM SAÚDE DOS PORTADORES
DE DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL
SUBSTITUTIVA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde – área de concentração em Nefrologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Elisabeth Rocha Gomes Thomé (UFRGS)

Prof. Dr. Daniel Apolinario (USP)

Prof. Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello (PUCRS)

Profa. Dra. Andréia da Silva Gustavo (PUCRS – Suplente)

PORTO ALEGRE (RS)

2018

Ficha Catalográfica

R672e Rocha, Késia Tomasi da

Estudo sobre o nível de letramento em saúde dos portadores de doença renal crônica submetidos à terapia renal substitutiva / Késia Tomasi da Rocha .
– 2018.

102.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo.

1. Alfabetização em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Doença Renal Crônica.
4. Terapia de Substituição Renal. 5. Comunicação em Saúde. I. Figueiredo, Ana Elizabeth Prado Lima. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

Dedico este trabalho aos pacientes portadores de doença renal crônica, com quem tenho a oportunidade de conviver, aprender e amadurecer e à amiga Daniela Duarte Costa, que tem sido um exemplo de superação para mim.

AGRADECIMENTOS

Ao que transformou a minha história e tem me acompanhado em todos os momentos tristes e felizes da minha vida: Jesus Cristo!

À minha querida professora Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo por sempre me apontar o caminho e incentivar a dar o meu melhor. Palavras são poucas para descrever a minha gratidão por todos esses anos de convívio e aprendizado. Obrigada! Estarás para sempre em meu coração.

Aos meus amáveis pais, Renato e Salete, por terem renunciado muitos confortos e trabalhado arduamente para proporcionarem a formação profissional que conquistei. Obrigada! Mais do que isto, pai e mãe, agradeço por terem me ensinado valores eternos, que transcendem a efemeridade dessa vida. Amo muito vocês!

À minha irmã Deise, que abriu o seu coração para me cuidar desde bebê e tem me acompanhado em todos os momentos mais marcantes da minha vida. Obrigada, mana! Certamente Jesus sabia o quanto eu precisaria de uma parceira e amiga como tu és.

À toda a minha família: meu irmão Eduardo, meu cunhado Elias, minha cunhada Andrea, meus sobrinhos Joaquim e Benjamin e minhas princesinhas, Betina, Dulce e Hadassa, agradeço pelo amor, incentivo e orações.

Aos irmãos da Igreja em Cachoeirinha, dos quais sempre recebi abraços acolhedores, palavras de exortação, ensino, oração e ânimo! Obrigada, queridos. Tudo isto fez muita diferença para mim.

Aos irmãos e amigos Mário, Katelin, Carmem e Pedro, agradeço pelos ensinamentos recebidos, por terem ouvidos prontos para me escutar e conselhos sábios para me instruir. Guardo no coração palavras recebidas de cada um de vocês!

À amiga Brenda Donay, por esses anos de companheirismo e amizade e por sempre me incentivar a crescer como pessoa e profissional. Obrigada! Admiro-te como filha, esposa e enfermeira.

Às minhas queridas amigas Betânia Acosta, Jaqueline Pippi, Raquel Turelly e Luana Drose, agradeço pelo companheirismo, amizade e orações. Vocês tornaram esta jornada mais leve!

À minha “mamãe da Pesquisa Clínica” Carmen Silvana, pela força e apoio que sempre recebi e, especialmente, por ter sido uma das primeiras pessoas a me incentivar a ingressar no curso que hoje concluo. Obrigada, Sil!

À Glícia e Renata, minhas companheiras diárias de trabalho, agradeço pelas risadas, cafés da manhã, docinhos e todo o apoio recebido. Vocês são especiais!

Aos Drs. Domingos d'Avila e Carlos Eduardo Poli de Figueiredo, pela recepção carinhosa que recebi ao ingressar na equipe que hoje trabalho e que me aproximou mais da área da Nefrologia e por terem me possibilitado dispensar o tempo necessário para concluir este Curso.

Ao pessoal do Serviço de Nefrologia: secretárias, técnicos de Enfermagem e enfermeiras pelo suporte necessário para que este estudo fosse possível.

Às acadêmicas de Enfermagem Júlia Domingues e Julia Kapitansky, guerreiras fiéis que me auxiliaram muito na coleta de dados, o meu muito obrigada! Com certeza teria sido uma fase mais difícil sem vocês.

À enfermeira Taiara pela contribuição na fase de coleta desta pesquisa.

À querida Vera Elizabeth Closs, pela paciência e disposição em me transmitir os seus conhecimentos durante a análise estatística deste estudo.

RESUMO

Objetivo: Estudar o impacto do nível de letramento em saúde de pacientes submetidos à hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, associado aos aspectos cognitivos, adesão medicamentosa e qualidade de vida. Método: Estudo transversal, realizado com indivíduos acima de 18 anos, submetidos a algum tipo de terapia renal substitutiva, há três meses consecutivos. Foram aplicadas as versões brasileiras dos instrumentos: *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults-18* (SAHLPA-18), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), *36-Item Short Form* (SF-36) e a escala de Morisky, além de um questionário sobre dados clínicos e sociodemográficos. Resultados: foram avaliados 138 pacientes, sendo 50 (36,2) submetidos à hemodiálise, 23 (16,7%) a diálise peritoneal e 65 (47,1%) ao transplante renal. A média de idade foi $52,0 \pm 15,5$ anos e 58,0% do sexo masculino. Os pacientes com letramento inadequado (51,4%) tinham renda igual ou inferior a um salário mínimo ($P=0,002$), ensino fundamental completo ou inferior ($P<0,001$) e declínio cognitivo moderado ($P=0,003$). Os indivíduos com letramento adequado apresentavam ensino médio incompleto ou maior escolaridade, renda igual ou superior a cinco salários mínimos e maior escore no domínio dos aspectos emocionais referente a qualidade de vida ($P=0,052$). Conclusões: nossos resultados sugerem que o nível de letramento está associado com a renda, escolaridade de déficit cognitivo nos pacientes que realizam a substituição da função renal.

Palavras-chave: Alfabetização em saúde. Educação em saúde. Doença renal crônica. Terapia de substituição renal. Comunicação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To study the impact of the level of health literacy in patients submitted to hemodialysis, peritoneal dialysis and renal transplantation, regarding cognitive aspects, drug compliance and quality of life. **Method:** Cross-sectional study, performed with individuals over 18 years of age, who underwent some type of renal replacement therapy for more than three months. The Brazilian versions of the instruments were used: Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults-18 (SAHLPA-18), Mini Mental State Examination (MMSE), 36-Item Short Form (SF-36) and Morisky scale, as well as a questionnaire on clinical and sociodemographic data. **Results:** 138 patients were evaluated, 50 (36.2) undergoing hemodialysis, 23 (16.7%) undergoing peritoneal dialysis and 65 (47.1%) undergoing renal transplantation. The mean age was 52.0 ± 15.5 years and 58.0% male. Patients with inadequate literacy (51.4%) had income equal to or less than a minimum wage ($P=0.002$), complete or lower primary education ($P < 0.001$) and moderate cognitive decline ($P=0.003$). Individuals with adequate health literacy had incomplete high school education or higher education, income equal to or greater than five minimum wages and higher score in the emotional aspects of quality of life ($P=0.052$). **Conclusions:** our results suggest that the level of health literacy is associated with lower income, schooling and cognitive deficits in patients submitted to renal function replacement.

Keywords: Health literacy. Health education. Chronic kidney disease. Renal replacement therapy. Health communication.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Descrição da amostra: participantes excluídos e avaliados no estudo | 28 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Características da amostra de pacientes submetidos à terapia renal substitutiva atendidos no Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário de Porto Alegre – RS (N=138) | 27 |
| Tabela 2 - Descrição de acertos dos participantes, por palavra, do instrumento <i>Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults</i> (SAHLPA – 18)..... | 28 |
| Tabela 3 - Características sociodemográficas de acordo com o letramento em saúde de pacientes atendidos no Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário de Porto Alegre – RS (N=138)..... | 29 |
| Tabela 4 - Tipo de terapia renal substitutiva, adesão medicamentosa, qualidade de vida e aspectos cognitivos de acordo com o letramento em saúde de pacientes atendidos no Serviço de Nefrologia de Hospital Universitário de Porto Alegre – RS (N=138)..... | 30 |
| Tabela 5 - Análise multivariada do rastreamento cognitivo..... | 31 |

LISTA DE SIGLAS

DRC - Doença Renal Crônica

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TRS - Terapia Renal Substitutiva

HD – Hemodiálise

DP - Diálise Peritoneal

TxR - Transplante Renal

QV - Qualidade de Vida

LS - Letramento em Saúde

LFS - Letramento Funcional em Saúde

REALM - *Rapid Estimate of Adult Literacy of Medicine*

S-TOFHLA - *Short Test of Functional Health Literacy in Adults*

HLQ - *Health Literacy Questionnaire*

SAHLPA - *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

SF-36 - *Short Form-36*

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA | 14 |
| 1.2 REVENDO DEFINIÇÕES: ESCOLARIZAÇÃO, ALFABETIZAÇÃO E LETRAMENTO | 15 |
| 1.3 LETRAMENTO EM SAÚDE | 17 |
| 1.4 LETRAMENTO EM SAÚDE EM PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA | 18 |
| 1.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO LS..... | 19 |
| 1.6 OUTROS FATORES AVALIADOS JUNTO AO LETRAMENTO EM SAÚDE | 20 |
| | |
| 3 QUESTIONAMENTO | 23 |
| | |
| 4 OBJETIVOS | 24 |
| 4.1 GERAL | 24 |
| 4.2 ESPECÍFICOS | 24 |
| | |
| 5 MÉTODO | 25 |
| 5.1 DELINEAMENTO | 25 |
| 5.2 AMOSTRA..... | 25 |
| 5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO..... | 25 |
| 5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO | 25 |
| 5.5 COLETA DE DADOS..... | 26 |
| 5.6 ANÁLISE DOS DADOS | 27 |
| 5.7 ASPECTOS ÉTICOS..... | 28 |
| | |
| 6 RESULTADOS | 29 |
| | |
| 7 DISCUSSÃO | 35 |
| | |
| 8 CONCLUSÕES | 40 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 41 |

| | |
|---|----|
| APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados (contém a escala de Morisky) | 48 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 49 |
| APÊNDICE C – Artigo submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem..... | 51 |
| APÊNDICE D – Artigo submetido ao Jornal Brasileiro de Nefrologia..... | 64 |
| ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo ao Jornal Brasileiro de Nefrologia | 81 |
| ANEXO B – Instruções de aplicação do instrumento <i>Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking adults</i> (SAHLPA-18) | 82 |
| ANEXO C – Cartões de estímulo para a aplicação do instrumento <i>Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking adults</i> (SAHLPA-18)..... | 83 |
| ANEXO D – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)..... | 92 |
| ANEXO E – 36-Item Short-Form (SF-36) | 93 |
| ANEXO F – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa | 97 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis são um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, devido ao seu impacto na mortalidade (BRASIL, 2018). Dentre estas, encontra-se a doença renal crônica (DRC), caracterizada pela perda progressiva da função renal definida pela taxa de filtração glomerular (TFG) menor que 60 mL/min/1,73m² ou maior que 60 mL/min/1,73m², associada a marcador de dano renal parenquimatoso (proteinúria, por exemplo), presente há minimamente três meses consecutivos (LEVEY et al., 2002).

A DRC é classificada em cinco estágios, de acordo com a TFG. Nas fases iniciais, o paciente já passa a receber orientações importantes para a redução da progressão da doença, tais como: controle glicêmico, dislipidemia, obesidade, tabagismo, manejo da hipertensão arterial sistêmica e adequação do estilo de vida (BRASIL, 2014). Quando a DRC evolui para o estágio terminal (TFG < 15 mL/min/1,73m²), é necessário que o indivíduo seja submetido a terapia renal substitutiva (TRS), a qual compreende a hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e o transplante renal (TxR). No Brasil, estimava-se que em 2016, havia 122.825 pacientes em diálise – HD e DP (SESSO et al., 2017).

A HD, terapia mais prevalente no Brasil entre os pacientes com DRC, em geral, é realizada três vezes por semana, com duração aproximada de quatro horas (SESSO et al., 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018). Para realizá-la, é necessário que o paciente tenha um acesso vascular através do qual é conectado à máquina de diálise para realizar a depuração do sangue. Tal terapia implica em alterações significativas na rotina do paciente, não só por causa do deslocamento à unidade de HD, mas também por alterações nos hábitos e estilo de vida, tais como: uma dieta específica relacionada à restrição hídrica e de alguns alimentos ricos em potássio e fósforo, além dos cuidados com o acesso vascular, que é essencial para uma terapia bem-sucedida (PILGER et al., 2010).

A DP, uma terapia primada pelo autocuidado, ocorre através da infusão e drenagem do líquido de diálise (dialisato) da cavidade abdominal, por meio de um cateter de diálise, em geral o de Tenckhoff. Este processo ocorre cerca de quatro

vezes ao dia (DP ambulatorial contínua) ou através de uma máquina cicladora, a qual o paciente se conecta à noite e esta realiza as trocas (DP automatizada) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018). Assim, após ser submetido a sessões de treinamento, é necessário que o paciente ou cuidador tenham capacidade de compreender as etapas do método e realizá-las no domicílio (FIGUEIREDO et al., 2016).

No TxR, terapia que proporciona maior sobrevida e melhor qualidade de vida (QV), é necessário que o paciente compreenda que não se trata de cura e sim de um tratamento que depende da sua adesão aos medicamentos prescritos, bem como o comparecimento regular às consultas médicas e aplicação dos cuidados recebidos referentes ao seu estado imunossupresso (SANTOS et al., 2015).

Assim, considerando as diversas implicações do tratamento da DRC, bem como das demais comorbidades apresentadas pelos pacientes submetidos a TRS, é necessário que os mesmos tenham condições de compreender e aplicar na práxis de seu autocuidado as informações recebidas nos serviços de saúde que lhe prestam assistência.

1.2 REVENDO DEFINIÇÕES: ESCOLARIZAÇÃO, ALFABETIZAÇÃO E LETRAMENTO

A escolarização se trata dos anos em que o indivíduo frequentou à escola, enquanto que alfabetização significa adquirir as tecnologias da leitura e da escrita (RIBEIRO et al., 2002; SOARES, 2009).

O alfabetismo é estratificado em cinco grupos de proficiência, que são: analfabeto: não é capaz de realizar ações simples que envolvam a leitura de palavras e frases; rudimentar: localiza informações explícitas em pequenos textos e/ou efetua operações matemáticas simples; elementar: compara e/ou relaciona elementos numéricos ou textuais expressos em gráficos ou tabelas simples; intermediário: interpreta e elabora resumo de textos variados e/ou resolve operações matemáticas mais rebuscadas e proficiente: é capaz de elaborar textos mais complexos e resolver situações-problema referentes a tarefas de variados contextos (INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2016).

Os dados do INAF, único levantamento sobre alfabetização geral no Brasil, mostram resultados preocupantes: 49% das pessoas que estudaram da 1ª à 4ª série

estão na classificação rudimentar e 27% dos indivíduos são considerados analfabetos funcionais (analfabeto + rudimentar) (INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2016). Ressalta-se que, os sujeitos com faixa etária acima de 50 anos, estão entre os níveis inferiores da escala: 52% de analfabetos e 38%, rudimentar (INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2016).

A escolaridade é considerada um dos principais fatores explicativos da condição de alfabetismo (INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2016). No entanto, nota-se que essa relação pode ocorrer desproporcionalmente, quando observado que, menos da metade das pessoas que cursaram o ensino médio (48%) e educação superior ou mais (45%), atingem os grupos mais altos da escala de alfabetismo (INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2016).

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) situada no Canadá, publicou recentemente um estudo realizado em mais de trinta países, o qual mostrou que, em alguns territórios, havia um número significativo de pessoas que apresentavam um bom desempenho em indicadores de alfabetismo, apesar da sua baixa escolarização. Tal constatação permite sugerir que, para além da escola, outros fatores podem contribuir de maneira significativa no desenvolvimento das habilidades de leitura, escrita e resolução de problemas, sendo um complemento aos efeitos da escolarização (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2016; INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2016).

“*Literacy*”, traduzido para o Português do Brasil como “letramento”, refere-se ao estado ou condição que o indivíduo assume quando aprende a ler e a escrever, isto é, trata-se das alterações que ocorrem na rotina de sua vida a partir do momento que se utiliza dessas tecnologias (SOARES, 2009). Ressalta-se que, neste conceito, estão imbuídas, dentre outras, as consequências sociais, culturais e cognitivas para o grupo social e/ou sujeito que usam essas ferramentas em seu cotidiano (SOARES, 2009).

Ainda, pode-se inferir sobre o conceito de letramento, que um indivíduo pode não saber ler e escrever – analfabeto, porém se habitar em um contexto em que a leitura e a escrita estão fortemente presentes, se há interesse em ouvir a leitura de jornais feita por um alfabetizado e/ou se pede a alguém que lhe leia avisos expostos em algum lugar, por exemplo, esse analfabeto é, em certa medida, letrado, porque se envolve em práticas sociais de leitura e de escrita (SOARES, 2009).

Assim, deve-se ponderar que, apenas a escolaridade pode não ser uma variável capaz de garantir as habilidades fundamentais necessárias ao sujeito para o desenvolvimento de sua vida pessoal e profissional e que, possivelmente, grande parte dos pacientes portadores de DRC sejam oriundos de uma população que apresenta baixos níveis de escolarização, o que possivelmente impacte na sua capacidade de entender, avaliar criticamente e aplicar as informações recebidas sobre o cuidado de sua doença.

1.3 LETRAMENTO EM SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define Letramento em Saúde (LS) como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e usar informações para promover e manter uma boa saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Alguns anos após o *Institute of Medicine* conceituar LS como a capacidade dos indivíduos de obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões de saúde adequadas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

Salienta-se que não há um único conceito de LS e os pesquisadores entendem que se trata de uma ampla temática, porque inclui a habilidade do sujeito escutar, compreender e agir de acordo com as instruções recebidas; inclui a habilidade de comunicação, através da fala e a capacidade de leitura e ação diante das informações escritas para ter decisões apropriadas com a sua saúde e em seu próprio benefício (RIBEIRO, 2009; SANTOS, 2017; MURRAY, 2007).

Os determinantes do LS podem ser divididos em dois grupos: os fatores intrínsecos aos indivíduos (raça, idade, renda, conhecimento prévio sobre sua própria saúde, habilidades de leitura e comunicação, acuidades auditivas e visuais) e os que são resultantes do sistema de saúde (complexidades do sistema de saúde e das mensagens escritas, suporte social, encaminhamento tardio ao Nefrologista) (DEVRAJ, 2009).

Estudos demonstram que o LS inadequado pode ocasionar má compreensão das informações sobre tratamentos, pouco conhecimento sobre a cronicidade da doença, detecção tardia de complicações e uso indevido dos serviços de saúde (BERKMAN et al., 2011; GAZMARARIAN et al., 2003). Além disso, está associado a

pior qualidade de vida, menor adesão ao tratamento e erros na administração das medicações, falta de assiduidade nas consultas médicas, maiores taxas de hospitalizações e atendimentos de emergência (TOKUDA et al., 2009; KALICHMAN; RAMACHANDRAN; CATZ, 1999; LI et al., 2000; BAKER et al., 2007).

Ressalta-se que existem variadas definições de LS, entretanto todas apontam para o fato deste transcender uma simples leitura, confluindo para aspectos fundamentais que permitirão ao paciente o empoderamento no seu autocuidado e, especialmente, na capacidade de tomada de decisão sobre a sua própria saúde (RIBEIRO, 2009; BERKMAN et al., 2011).

1.4 LETRAMENTO EM SAÚDE EM PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

No Brasil, os estudos sobre LS em pacientes portadores de DRC ainda são escassos, embora esse aspecto pareça ser um fator significativo no manejo dessa morbidade (SANTOS et al., 2012).

O estudo de Finkelstein, realizado com pacientes nos estágios 3-5 e tratamento conservador, mostrou o percentual de conhecimentos sobre as modalidades de TRS, sendo que no estágio terminal da DRC, apenas 54% apresentava informações sobre HD, 53% quando referente a DP e 79% sobre o TxR (FINKELSTEIN et al., 2008). Além disso, ficou evidente que apenas a consulta com o nefrologista não garante que o paciente saiba as opções de substituição da função renal (FINKELSTEIN et al., 2008).

Tratando-se de pacientes em TRS, um estudo comparando 100 participantes (76 em HD em unidade, 8 em HD domiciliar e 16 em DP) com 813 que não dialisavam, utilizando a ferramenta *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), mostrou que os pacientes em diálise obtiveram a pontuação mais baixa no item de gerenciamento ativo da saúde, sugerindo que, embora esses pacientes se sentissem melhor apoiados e informados sobre a sua condição do que outros consumidores de saúde, são menos ativos em seu autocuidado (DODSON et al., 2016).

Em uma coorte multicêntrica, realizada com 480 pacientes em HD, Cavanaugh e colaboradores encontraram a prevalência de LS inadequado em 32% dos pacientes (segundo o instrumento *Rapid Estimate of Adult Literacy of Medicine* (REALM), estando mais frequentemente associado com o sexo masculino, raça não branca e menor escolarização (CAVANAUGH et al., 2010). Quando comparado aos

pacientes com LS adequado, os que apresentaram letramento inadequado tinham risco de óbito aumentado em 54% (Razão de Risco 1,54; IC 95% 1,01 a 2,36) (CAVANAUGH et al., 2010).

Diante disso, ressalta-se que o LS inadequado é preeminente e está associado a desfechos clínicos desfavoráveis, que impactam negativamente no processo saúde-doença de várias condições crônicas, inclusive a DRC (SANTOS, 2017). Ressalta-se que o manejo da doença renal, geralmente causada por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, requer uma abordagem holística, com atendimento multiprofissional (SANTOS, 2017).

1.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO LS

A literatura dispõe de diversos instrumentos que avaliam o LS. Na área da Nefrologia, ressaltam-se as ferramentas específicas para os transplantados renais, que são: *Newest Vital Sign* – versão adaptada para TxR, o qual consiste na interpretação de duas prescrições médicas; o *Rapid Estimate of Adult Literacy of Medicine-Transplant*, que avalia a leitura e pronúncia de 69 termos da área da saúde e o *Decision-Making Capacity Assessment Tool*, cuja proposta é verificar a capacidade do paciente em reconhecer os sintomas da DRC terminal e o processo de diálise e transplante (KAZLEY et al., 2015; ESCOBEDO; WEISMULLER, 2013).

A ferramenta *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) e sua versão curta (S-TOFHLA), também já foram utilizados em outros estudos que avaliaram LS (BRICE, 2014; ADESEUN, 2012). Tais ferramentas apresentam itens de compreensão de leitura (convertidos para uma escala de 72 pontos) e itens de habilidade numérica (convertidos para uma escala de 28 pontos). Entretanto, tais instrumentos não estão validados no Brasil (CARTHERY-GOULART et al., 2009).

Em geral, nos pacientes portadores de DRC, o REALM é o instrumento mais utilizado nas pesquisas realizadas até o momento. Entretanto, quando se tentou traduzi-lo para o Espanhol, foram encontradas dificuldades linguísticas na relação grafema-fonema e não houve distinção adequada dos diferentes níveis de LS (CAVANAUGH et al., 2010; JAIN et al., 2015; GREEN et al., 2013; NURSS et al., 1995; APOLINARIO et al., 2012). Além deste, dois estudos publicados recentemente, utilizaram-se da ferramenta *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), a qual busca avaliar também a subjetividade do paciente quanto às informações recebidas nos

serviços de saúde (DEMIAN; SHAPIRO; THORNTON, 2016; DODSON et al., 2016).

Embora exista uma variedade de instrumentos que avaliam o LS, o único validado no Brasil é o *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults* (SAHLPA-50), bem como a sua versão reduzida, que é o SAHLPA-18 (APOLINARIO et al., 2012). Tal ferramenta foi traduzida e adaptada do *Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adults*, o qual segue o modelo do REALM (LEE et al., 2006). O SAHLPA é caracterizado por ser de rápida aplicação (aproximadamente 1-2 minutos) e abranger tanto a pronúncia correta de termos comumente utilizados nos serviços de saúde, quanto a compreensão de seu significado, classificando o LS como adequado ou inadequado (APOLINARIO et al., 2012).

1.6 OUTROS FATORES AVALIADOS JUNTO AO LETRAMENTO EM SAÚDE

Atualmente, estudos têm considerado o impacto negativo da DRC nas funções cognitivas de seus portadores devido a presença de múltiplas comorbidades, fazerem uso de diversas medicações, além das alterações metabólicas que impactam indiretamente no planejamento de ações, falhas na memória e inabilidades motora ou na fala (CONDÉ et al., 2010; GUANARÉ et al., 2016). Assim, juntamente com a verificação do LS, é recomendada a avaliação dos aspectos cognitivos, sendo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) um instrumento simples, de fácil aplicação e já validado no Brasil (BRUCKI et al., 2003; BERTOLUCCI et al., 1994).

Considerando o variado e complexo tratamento farmacológico ao qual os portadores de DRC são submetidos, conhecer a sua adesão a terapia medicamentosa deve ser parte do plano terapêutico, pois é crucial para se obter resultados positivos (SGNAOLIN; FIGUEIREDO, 2012). Para isso, tem-se a escala de Morisky, que se trata de um questionário de autorrelato, composto por quatro perguntas fechadas, sendo as respostas pontuadas em sim ou não e somadas posteriormente (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

Além dos aspectos já citados, durante a TRS, os pacientes podem ter a QV alterada, sendo importante mensurar o quanto e em qual aspecto o indivíduo tem se sentido fragilizado (LOPES et al., 2014). Assim, o *36-Item Short Form* (SF-36), propõe-se a mensurar genericamente a QV por meio de 36 questões, agrupadas em

oito domínios, que refletem aspectos sociais, físicos e mentais (CICCONELLI et al., 1999).

2 HIPÓTESE

Os pacientes submetidos à TRS, classificados com LS inadequado, apresentam menor adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida.

3 QUESTIONAMENTO

Qual é o impacto do nível de LS na adesão a terapia medicamentosa e qualidade de vida dos pacientes submetidos à TRS?

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Estudar o impacto do nível de LS, associado aos aspectos cognitivos, na adesão ao tratamento medicamentoso e QV dos pacientes submetidos à TRS.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Categorizar o LS por tipo de TRS;
2. Relacionar os níveis de LS com a adesão medicamentosa (por Morisky);
3. Relacionar os níveis de LS com QV;
4. Correlacionar os aspectos cognitivos com o LS;
5. Verificar a associação entre os níveis de LS com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

5 MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal.

5.2 AMOSTRA

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa WinPEPI (*Programs for Epidemiologists for Windows*) versão 11.43 e baseado no estudo de Dodson e colaboradores (DODSON et al., 2016). Considerando um nível de significância de 5%, poder de 95%, prevalência estimada de baixo nível de LS em 57% e um tamanho de efeito de 0,7 desvios padrão quanto a adesão medicamentosa e escores de qualidade de vida, obteve-se um total mínimo de 108 pacientes, sendo que compuseram a amostra pacientes submetidos a HD, DP e TxR.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade acima de 18 anos;
- Aceitar participar do estudo;
- Estar em HD, DP ou possuir TxR;
- Estar em TRS há minimamente três meses consecutivos.

5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Transplante pré-emptivo (pacientes que não realizaram diálise antes de transplantarem);
- Não pertencentes à unidade de diálise em que o estudo foi realizado (em trânsito).
- Pontuação menor que 10 (declínio cognitivo grave) no Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

5.5 COLETA DE DADOS

Ocorreu no período de junho a outubro/2018, na unidade de diálise e ambulatório de um Hospital Universitário de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. A maioria dos pacientes atendidos por esse Serviço de Nefrologia advêm do Sistema Único de Saúde.

Após o processo de consentimento, foi aplicado aos participantes o questionário de dados sociodemográficos e clínicos, que foi elaborado pelas pesquisadoras e visou registrar elementos que outros estudos já apontaram como influenciadores no LS e na avaliação da função cognitiva (idade, escolaridade, cor, tempo em diálise, entre outros) (APÊNDICE A) (MORAES et al., 2017; SANTOS et al., 2012).

O LS foi mensurado pelo instrumento SAHLPA-18 (ANEXO B – instruções de aplicação), que avalia habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns (APOLINARIO et al., 2012). Esta ferramenta é composta por 18 cartões, em que há um termo principal em negrito que o indivíduo deve pronunciar em voz alta e duas palavras abaixo de associação, as quais o participante deve escolher a palavra que melhor se relacione com o termo lido por ele (ANEXO C – cartões contendo as palavras). O item é considerado correto apenas quando o participante acerta a pronúncia e a associação. Cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18, em que o escore de 0 a 14 sugere alfabetismo em saúde inadequado (APOLINARIO et al., 2012).

Os aspectos cognitivos foram avaliados pelo instrumento MEEM, que considera a cognição global: habilidades visuoespaciais, função executiva, linguagem, memória, atenção e orientação, cálculo e abstração, sendo o escore global obtido pelo somatório dos itens, tendo como valor máximo 30 pontos (BRUCKI, 2003). Classifica-se em: < 24 pontos – declínio cognitivo; entre 23 e 21 – declínio leve; entre 20 e 11 – declínio moderado e menor que 10 – declínio grave (ANEXO D) (BRUCKI et al., 2003; BERTOLUCCI et al., 1994).

Embora muitos autores utilizem os anos de escolaridade para definir os pontos de corte da ferramenta MEEM, salienta-se que, nesse estudo, tal instrumento foi utilizado apenas com o objetivo de avaliar o perfil da amostra e excluir os pacientes com declínio cognitivo grave (MELO; BARBOSA, 2015).

A adesão medicamentosa foi medida pela Escala de Morisky, a qual é

composta por quatro perguntas fechadas, sendo as respostas pontuadas em sim (em relação à adesão, atribuído o valor de zero) ou não (em relação a não adesão, atribuído o valor de um) (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Escore zero indicava máxima adesão, de um a dois, moderada e de três a quatro, baixa adesão (anexo incluído no APÊNDICE A) (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

A avaliação da qualidade de vida, deu-se pelo questionário SF-36, o qual é validado para a Língua Portuguesa (ANEXO E) (CICCONELLI et al., 1999). Divide-se em oito dimensões, sendo elas a capacidade funcional, aspectos físicos, emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás, que é de extrema importância para o conhecimento da doença do paciente (CICCONELLI et al., 1999; FASSBINDER et al., 2015). Apresenta um escore final de 0 a 100, na qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde.

Os instrumentos foram aplicados por enfermeiras e acadêmicas de Enfermagem (treinadas para a utilização dos mesmos) durante a sessão de HD e no ambulatório do Serviço de Nefrologia. Quando necessário, as pesquisadoras auxiliaram os participantes de pesquisa apenas na leitura dos questionários.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em banco de dados *Microsoft Excel* e analisados com o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0.

A normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi verificada com o Teste *Kolmogorov Smirnov*. Na fase descritiva, as variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil); e as qualitativas, por meio de frequência absoluta e relativa. Na fase analítica, a comparação entre as medidas quantitativas foi através dos testes T de *Student* ou *Mann Whitney*, de acordo com a normalidade ou não de sua distribuição. A associação entre variáveis qualitativas foi verificada com os testes Qui-quadrado de *Pearson* e Exato de *Fischer*. O teste de regressão de *Poisson* foi utilizado para a análise multivariada. Considerou-se significativo um $P < 0,05$.

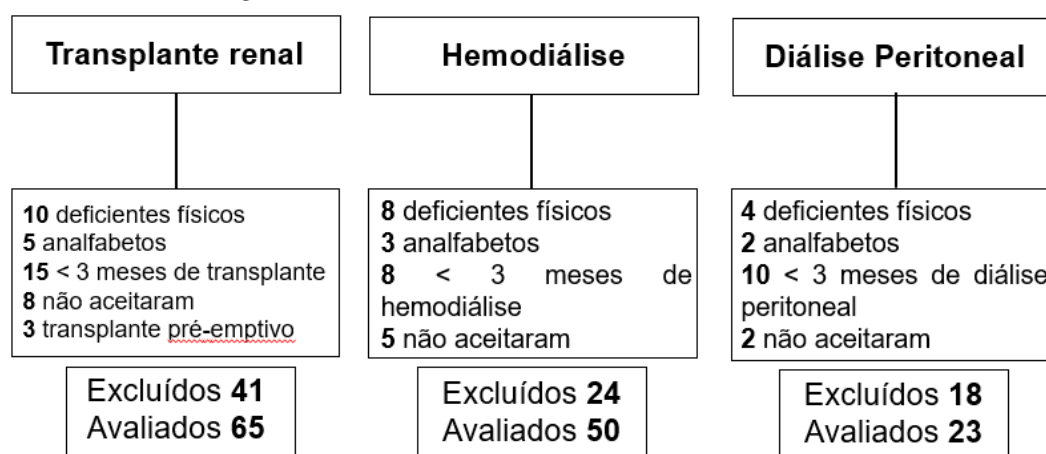
5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Buscando contemplar os princípios legais e éticos, de acordo com as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (resolução 466/2012), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, sob o número do Parecer 2.704.709, bem como todos os participantes passaram pelo processo de consentimento, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

6 RESULTADOS

Aproximadamente 630 pacientes transplantados renais acompanhavam regularmente no ambulatório em que o estudo foi realizado, dos quais 65 participaram do presente estudo. Dos pacientes em diálise, havia cerca de 88 em HD e 46 submetidos a DP, sendo que 50 e 23 pacientes participaram dessa pesquisa, respectivamente (Figura 1).

Figura 1 – Descrição da amostra: participantes excluídos e avaliados no estudo.



Fonte: dados da pesquisa (2018).

Foram avaliados 138 pacientes com média de idade de 52,0±15,5 anos (intervalo de 19 a 84), a maioria com menos de 65 anos (76,1%), do gênero masculino (58,0%) e da cor branca (64,5%). Mais frequentemente, os indivíduos apresentavam ensino médio completo e renda de dois a cinco salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características da amostra de pacientes submetidos à terapia renal substitutiva atendidos no Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário de Porto Alegre – RS (N=138).

| Variáveis | N (%) |
|--------------------------|------------|
| Sociodemográficas | |
| Idade em anos (média±DP) | 52,0±15,5 |
| Faixa etária em anos | |
| <65 | 105 (76,1) |
| ≥65 | 33 (23,9) |
| Gênero masculino | 80 (58,0) |

| | |
|----------------------------------|------------|
| Cor | |
| Branco | 89 (64,5) |
| Negro | 18 (13,0) |
| Pardo | 31 (22,5) |
| Escolaridade | |
| Fundamental incompleto | 23 (16,7) |
| Fundamental completo | 28 (20,3) |
| Médio incompleto | 11 (8,0) |
| Médio completo | 59 (42,8) |
| Superior | 17 (12,3) |
| Renda mensal em salários mínimos | |
| ≤Um | 46 (33,3) |
| 2 a 5 | 68 (49,3) |
| >5 | 24 (17,4) |
| Dados clínicos | |
| Doença de base | |
| Diabete Mellitus | 21 (15,2) |
| Hipertensão arterial sistêmica | 31 (22,5) |
| Desconhecida | 24 (17,4) |
| Outros | 62 (44,9) |
| Polifarmácia | |
| Cinco ou mais medicações/dia | 110 (79,7) |
| Tipo de terapia | |
| Hemodiálise | 50 (36,2) |
| Diálise peritoneal | 23 (16,7) |
| Transplante | 65 (47,1) |
| *Presença de cuidador | 25 (18,1) |

*A presença de cuidador foi avaliada apenas como caracterização do perfil da amostra, independente do desfecho de saúde dos participantes. Salário mínimo: R\$ 954,00. Fonte: dados dos próprios pesquisadores (2018).

A mediana dos dias em TRS de todos os participantes foi 995 (intervalo de 126 a 9.369). Quando considerados apenas os transplantados renais, 39,1% (n=54) realizavam HD antes do TxR e a mediana de dias de exposição à DRC foi 1.349 (mínimo de 214 e máximo de 12.154), abrangendo o momento em que iniciaram a diálise, pré-transplante, até a data da coleta de dados. Quando estratificado por anos (≤ 1 ano, > 1 até ≤ 5 anos e > 5 anos), tanto os dias de exposição à doença dos transplantados renais, quanto os dias em diálise, não apresentaram significância estatística ($P=0,40$ e $P=0,89$, respectivamente).

Quanto ao tempo de aplicação do instrumento SAHLPA, a média em minutos foi de $4,1 \pm 1,5$. Para os pacientes com o letramento inadequado, o tempo de reposta dessa ferramenta foi $4,70 \pm 1,64$ minutos, estando significativamente associado a esta classificação ($P < 0,001$). A média do escore deste instrumento foi $13,7 \pm 3,8$ pontos e a pronúncia foi o aspecto que os pacientes mais acertaram 45,7% ($n=63$), enquanto que, 28,3% ($n=39$) realizaram corretamente a associação e 26,1% ($n=36$) tiveram acertos iguais. As palavras que os participantes menos acertaram foram “icterícia” e “incesto” (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição de acertos dos participantes, por palavra, do instrumento *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA - 18)*.

| Palavras do instrumento SAHLPA | Pronúncia N (%) | Associação N (%) | Total N (%) |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|----------------|
| Osteoporose | 102 (73,9) | 135 (97,8) | 101 (73,2) |
| Papanicolau | 113 (81,9) | 116 (84,1) | 97 (70,3) |
| Aborto | 136 (98,6) | 131 (94,9) | 129 (93,5) |
| Hemorroida | 118 (85,5) | 127 (92,0) | 113 (81,9) |
| Anormal | 135 (97,8) | 119 (86,2) | 117 (84,8) |
| Menstrual | 131 (94,9) | 131 (94,9) | 126 (91,3) |
| Comportamento | 135 (97,8) | 124 (89,9) | 123 (89,1) |
| Convulsão | 129 (93,5) | 135 (97,8) | 126 (91,3) |
| Retal | 135 (97,8) | 119 (86,2) | 117 (84,8) |
| Apêndice | 101 (73,2) | 119 (86,2) | 93 (67,4) |
| Artrite | 125 (90,6) | 110 (79,7) | 103 (74,6) |
| Cafeína | 134 (97,1) | 127 (92,0) | 124 (89,9) |
| Colite | 128 (92,8) | 94 (68,1) | 91 (65,9) |
| Vesícula biliar | 115 (83,3) | 114 (82,6) | 101 (73,2) |
| Icterícia | 75 (54,3) | 87 (63,0) | 54 (39,1) |
| Próstata | 114 (82,6) | 112 (81,2) | 99 (71,7) |
| Incesto | 98 (71,0) | 91 (65,9) | 69 (50,0) |
| Testículo | 129 (93,5) | 99 (71,7) | 94 (68,1) |

Fonte: dados dos próprios pesquisadores (2018).

O LS inadequado foi encontrado em 51,4 ($n=71$) da amostra geral e, quando considerado por modalidade de TRS, os pacientes transplantados apresentaram o maior percentual de letramento inadequado (53,5%), seguidos da HD (32,4%) e da DP (14,1%). A maioria dos pacientes classificados como inadequados em relação ao LS, tinham renda igual ou inferior a um salário mínimo e ensino fundamental completo ou inferior, enquanto que, os indivíduos com letramento adequado, apresentavam, mais frequentemente, ensino médio incompleto ou maior escolaridade e renda de cinco salários mínimos ou mais (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociodemográficas de acordo com o letramento em saúde de pacientes atendidos no Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário de Porto Alegre – RS (N=138).

| Características sociodemográficas | Letramento | | P |
|-----------------------------------|---------------|---------------|--------|
| | Adequado | Inadequado | |
| | N=67 N (%) | N=71 N (%) | |
| Idade em anos (média±DP) | 49,5±14,3 | 54,4±16,3 | 0,060 |
| Faixa etária em anos | | | |
| <65 | 54 (80,6) | 51 (71,8) | 0,228 |
| ≥65 | 13 (19,4) | 20 (28,2) | |
| Gênero | | | |
| Masculino | 37 (55,2) | 43 (60,6) | 0,525 |
| Feminino | 30 (44,8) | 28 (39,4) | |
| Cor | | | |
| Branco | 46 (68,7) | 43 (60,6) | 0,457 |
| Negro | 9 (13,4) | 9 (12,7) | |
| Pardo | 12 (17,9) | 19 (26,8) | |
| Escolaridade | | | |
| Fundamental incompleto | 3 (4,5) | 20 (28,2) | <0,001 |
| Fundamental completo | 5 (7,5) | 23 (32,4) | |
| Médio incompleto | 9 (13,4) | 2 (2,8) | |
| Médio completo | 36 (53,7) | 23 (32,4) | |
| Superior | 14 (20,9) | 3 (4,2) | |
| Renda mensal em salários mínimos | | | |
| ≤Um | 16 (23,9) | 30 (42,3) | 0,002 |
| 2 a 5 | 32 (47,8) | 36 (50,7) | |
| >5 | 19 (28,4) | 5 (7,0) | |

Teste T de *Student* para comparação de médias e Teste Qui-quadrado para associação entre medidas categóricas. Salário mínimo: R\$ 954,00. Fonte: dados dos próprios pesquisadores (2018).

Quando avaliado os aspectos cognitivos por meio do MEEM, os pacientes com LS adequado não apresentavam declínio cognitivo, enquanto que aqueles com LS inadequado, tinham, mais frequentemente, declínio moderado (Tabela 4).

Tabela 4 - Tipo de terapia renal substitutiva, adesão medicamentosa, qualidade de vida e aspectos cognitivos de acordo com o letramento em saúde de pacientes atendidos no Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário de Porto Alegre – RS (N=138).

| Variáveis | Letramento | | P |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| | Adequado | Inadequado | |
| | N=67 N (%) | N=71 N (%) | |
| Tipo de terapia | | | |
| Hemodiálise | 27 (40,3) | 23 (32,4) | 0,292 ^a |
| Diálise peritoneal | 13 (19,4) | 10 (14,1) | |
| Transplante renal | 27 (40,3) | 38 (53,5) | |
| Adesão medicamentosa | | | |
| Máxima | 38 (56,7) | 44 (62,0) | 0,782 ^b |
| Moderada | 26 (38,8) | 25 (35,2) | |
| Baixa | 3 (4,5) | 2 (2,8) | |
| Rastreamento cognitivo | | | |
| Sem declínio | 53 (79,1) | 41 (57,7) | 0,003 ^a |
| Declínio leve | 13 (19,4) | 18 (25,4) | |
| Declínio moderado | 1 (1,5) | 12 (16,9) | |
| Qualidade de vida (por domínio) | | | |
| Capacidade Funcional | Média±DP 62,8±28,4 | Média±DP 60,2±28,3 | 0,587 ^c |
| Limitação por aspectos físicos | 38,0±38,7 | 35,9±35,2 | 0,734 ^c |
| Dor | 62,2±29,3 | 57,1±28,2 | 0,302 ^c |
| Estados geral de saúde | 43,6±20,6 | 49,4±21,5 | 0,112 ^c |
| Vitalidade | 61,4±18,4 | 57,5±23,0 | 0,269 ^c |
| Aspectos sociais | 73,0±28,3 | 79,4±28,1 | 0,182 ^c |
| Aspectos emocionais | 60,2±41,5 | 46,0±43,4 | 0,052 ^c |
| Saúde mental | 74,4±38,2 | 68,3±22,2 | 0,250 ^c |

a: Teste Qui-quadrado de *Pearson*; b: Teste Exato de *Fischer*; c: Teste T de *Student*. Fonte: dados dos próprios pesquisadores (2018).

Referente à terapia medicamentosa, apresentaram adesão máxima 43% (n=10) dos pacientes submetidos a DP, 57% (n=27) dos indivíduos em HD e 69,2% (n=45) dos transplantados renais, não sendo encontrada associação significativa com o nível de letramento.

Quando avaliada a QV, tanto o domínio referente à limitação por aspectos físicos quanto o de aspectos emocionais do questionário SF-36 apresentaram distribuições não-paramétricas. A mediana e intervalo interquartil para os pacientes com letramento adequado foram 25,0 (0,0-75,0) e 66,7 (33,3-100,0) e nos sujeitos com letramento inadequado foram 25,0 (0,0-75,0) e 33,3 (0-100,0), com $P=0,869$ e $P=0,044$, respectivamente - teste *Mann Whitney*.

O escore do domínio capacidade funcional da QV dos transplantados foi superior a HD e DP, sendo estatisticamente diferente apenas quando comparado com a DP ($P=0,036$). Também, a pontuação do domínio estado geral dos transplantados é superior aos escores dos pacientes em HD e DP ($P=0,002$).

Considerando que renda e escolaridade apresentaram associação estatisticamente significativa com letramento, foi realizada uma análise multivariada ajustada para essas duas variáveis, na qual se encontrou que o declínio cognitivo não se manteve associado com LS ($P>0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise multivariada do rastreamento cognitivo.

| Variável | RP | Intervalo de confiança 95% | | P |
|--------------------|-------|----------------------------|----------|-------|
| | | Inferior | Superior | |
| Declínio cognitivo | | | | |
| Moderado | 1,474 | 0,994 | 2,185 | 0,053 |
| Leve | 1,267 | 0,879 | 1,826 | 0,204 |
| Ausente | 1 | | | |

Regressão de Poisson ajustada para renda e escolaridade. Fonte: dados dos próprios pesquisadores (2018).

7 DISCUSSÃO

Esta pesquisa objetivou estudar a influência do LS na adesão ao tratamento medicamentoso, qualidade de vida e aspectos cognitivos de pacientes submetidos à TRS. Ao contrário do esperado, os resultados desse estudo não confirmaram a hipótese sugerida pelos pesquisadores.

A avaliação do LS, em seus diversos âmbitos e implicações, tem sido um aspecto emergente mundialmente. Essa temática vem sendo estudada na saúde mental, em portadores de doença arterial coronariana, para avaliar a satisfação do paciente em procedimentos cirúrgicos e relacionando o nível de LS com o uso de portais informativos disponíveis online. (TAY; TAY; KLAININ-YOBASC, 2018; YIM et al., 2018; STRIJBOS et al., 2018; COUGHLIN et al., 2018). No Brasil, há um número pequeno de publicações que avaliam o LS, sendo ainda restrito quando se trata de pacientes portadores de DRC (SANTOS et al., 2012)

Escolaridade e renda tiveram associação com a inadequação do LS na maior parte dos pacientes deste estudo, sendo isto apontado pela literatura independente da ferramenta para mensuração do letramento que se utilize. Cavanaugh e cols, utilizando o REALM, encontraram 30% de LS inadequado em pacientes submetidos a HD (n=480), estando isto associado ao ensino fundamental completo ou inferior ($P<0,001$) (CAVANAUGH et al., 2010). Este achado é endossado pelo estudo de Green, realizado nos Estados Unidos, com 260 pacientes em HD, que também encontrou associação do letramento inadequado com a baixa educação formal e renda (GREEN et al, 2013).

Quando a ferramenta utilizada foi o S-TOFHLA, resultados semelhantes foram encontrados por Brice e colaboradores, em que o LS marginal e limitado foi constatado em 46% (n=107) dos pacientes em HD, enquanto que, no estudo realizado por Adeseun, a prevalência foi de letramento inadequado foi de 21%, as variáveis escolaridade e renda apresentaram significância estatística ($P<0,001$), bem como a modalidade de diálise ($P=0,04$) (BRICE et al., 2014; ADESEUN; BONNEY; ROSAS, 2012).

Em relação ao nível de letramento na DP, na pesquisa de Jain, 19% dos pacientes apresentaram letramento inadequado, sendo um pouco acima do encontrado neste estudo (JAIN et al., 2015). Raça e educação formal apresentaram

relação com este achado ($P=0,06$ e $P=0,02$, respectivamente) (JAIN et al., 2015). Infelizmente, os poucos estudos que avaliam a população em DP apresentam os seus resultados conjuntamente com a HD, dificultando a comparação deste estudo com outros achados (DODSON et al., 2016; LAMBERT et al., 2015).

Referente aos transplantados renais, o estudo de Demian e colaboradores, avaliou 96 pacientes, com a ferramenta HLQ (DEMIAN; SHAPIRO; THORNTON, 2016). Nessa pesquisa, houve associação da baixa adesão medicamentosa com o nível inadequado de LS ($P=0,004$) (DEMIAN; SHAPIRO; THORNTON, 2016). Outro estudo fomenta que o letramento pode ser utilizado como um preditor para desfechos dos transplantados renais, sugerindo que os profissionais devem considerar a sua avaliação ao conversar com os pacientes sobre o TxR (KAZLEY et al., 2015). Ainda, tem-se a hipótese de que, quando comparado o nível de LS entre receptores de rins com doador vivo ou falecido, os receptores de doadores falecidos são mais propensos ao LS inadequado, instigando a realização de mais estudos nessa área. (DAGEFORDE et al., 2014).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a renda média mensal dos brasileiros em 2017 foi R\$ 2.112,00 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). Embora esta tenha sido a faixa de rendimento mensal mais frequente em nossos resultados, destaca-se que o letramento inadequado esteve associado com a baixa renda, reforçando que, a desigualdade de rendimento, pode corroborar com a disparidade de entendimento (SALVATO; FERREIRA; DUARTE, 2010).

Quanto a escolaridade, mais de dois terços dos participantes apresentavam ensino médio completo ou nível superior, porém o LS inadequado foi o mais prevalente na amostra. A relação pronúncia-significado foi desproporcional, reforçando que, mesmo com escolaridade acima do ensino médio, a avaliação do LS não deve ser eximida, pois os pacientes podem se tornar meros repetidores de vocábulos que estão acostumados a ouvir nos serviços de saúde, não influenciando em nada a sua tomada de decisão e trazendo uma falsa ideia de entendimento das informações que lhe são transmitidas.

A literatura mostra que, em algumas unidades de diálise, a avaliação do LS já foi incorporada à rotina assistencial (JAIN et al., 2015; GREEN et al., 2013). Ainda que cientes das demandas diárias, o tempo e a facilidade de aplicação destas

ferramentas são pontos positivos. Em nosso estudo a média do tempo para o preenchimento do instrumento SAHLPA foi quase o dobro do usual (1-2 minutos), entretanto, ainda sim, mostrou-se de fácil e rápida aplicação, considerando que existem outros instrumentos que podem levar de 12 a até 22 minutos para serem respondidos (BAKER et al., 1999).

Uma pesquisa, realizada no Sul do Brasil, buscou avaliar a relação do letramento com a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes que aguardavam atendimento em uma Unidade Básica de Saúde. Foi encontrado que os sujeitos com letramento inadequado apresentavam mais do que o dobro de dificuldades para aderir a terapia, quando comparados aos indivíduos com LS adequado (MARAGNO, 2009).

Ponderando quanto à complexidade que pode representar a polifarmácia, especialmente para os portadores de DRC, verificar o quanto estes pacientes aderem ao seu tratamento farmacológico é de extrema importância. Até o momento, ainda se discute qual é o instrumento (método indireto) mais adequado para se mensurar a adesão à terapia medicamentosa, pois se sabe que o método direto (análise da medicação ou seus metabólitos nos fluidos corporais) apresenta elevado custo e é invasivo (MARAGNO, 2009).

Desta forma, o uso de questionários, como a escala de Morisky, vem crescendo nos últimos anos. Tal ferramenta é comumente utilizada para a população em HD, sendo as prevalências de baixa adesão de aproximadamente 47% a 56% nesta população (SGNAOLIN; FIGUEIREDO, 2011; RIBEIRO; BATISTA, 2015; ALVES et al., 2018). No transplantados renais, encontramos uma variação maior (18,5% a 76%), devido a diversidade de instrumentos utilizados para avaliar a adesão nesta população (MOREIRA et al., 2008; GONÇALVES et al., 2016).

Embora nossos achados não tenham mostrado associação do nível de LS com a adesão farmacológica, a literatura sugere esta relação especialmente com os pacientes transplantados, relacionando ao uso dos imunossupressores dentre outras tantas medicações (DEMIAN; SHAPIRO; THORNTON, 2016). Ressalta-se a importância de avaliar tais aspectos nos pacientes em diálise, pois é um grupo que igualmente apresenta variedade de comorbidades e polifarmácia.

Existe uma relação entre a progressão da DRC e o declínio cognitivo, em que os pacientes com TFG < 15 mL/min/1,73m² apresentam déficit maior do que os sujeitos com TFG > 60 mL/min/1,73m² (LEE et al., 2015). Nossos dados corroboram

com esse achado, visto que os pacientes com LS inadequado apresentaram declínio cognitivo moderado, segundo o MEEM. Cavanaugh e cols. também encontraram que a menor capacidade cognitiva está associada ao LS inadequado (CAVANAUGH et al., 2015).

Considerando que a modalidade de TRS mais prevalente é a HD, esta população é também a mais investigada quanto ao declínio cognitivo nos pacientes que têm a sua função renal substituída (CAVANAUGH et al., 2015). O estudo de Condé e colaboradores avaliou os aspectos cognitivos em diferentes estágios da DRC e encontrou notadamente um déficit cognitivo maior nos pacientes em HD, entretanto, deve-se considerar que nesse estudo tal amostra era mais que o dobro, quando comparado aos demais grupos (CONDÉ et al, 2010).

Sabe-se que as implicações decorrentes da DRC, tanto pelas alterações metabólicas, quanto pelas mudanças psíquicas e sociais, interferem diretamente na QV dos pacientes (SANTOS et al., 2018). Tal aspecto significa a percepção do sujeito de si mesmo e de sua posição, dentro do contexto inserido, a qual perpassa valores pessoais, expectativas e preocupações (AZEVEDO et al, 2013).

O TxR é considerado a mais completa alternativa de substituição da função renal, pois garante mais liberdade na rotina diária do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018). Tal terapia melhora o estado geral e otimiza a capacidade física dos portadores de DRC, conforme apontaram os resultados deste estudo (FARIAS; MENDONÇA, 2009). Estima-se que 80% dos transplantados retornam a sua atividade profissional em aproximadamente três meses após o TxR, enquanto que, para os pacientes em HD, a prevalência é menor que 30% (FARIAS; MENDONÇA, 2009). Outra pesquisa mostrou melhora significativa na QV geral e em todos os domínios avaliados nos transplantados renais, reforçando o impacto positivo na percepção dos pacientes (KOVACS et al., 2011).

Embora não tenha apresentado significância estatística, nota-se que a média do domínio referente aos aspectos emocionais foi mais elevada nos pacientes com LS adequado, possivelmente, porque a melhor capacidade de compreensão do processo saúde-doença, bem como o seu prognóstico e tratamento auxiliam no enfrentamento da DRC, fazendo com que os pacientes tenham menos sintomas de depressão e ansiedade. Dodson e cols. Também encontraram menos limitações de ordem emocional nos pacientes em diálise com LS adequado (DODSON et al.,

2016).

Salienta-se que todas as TRS requerem dos pacientes habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, no entanto, na DP, há uma exigência maior de capacidades psicomotoras e de sua tomada de decisão. Já na HD, os cuidados com a dieta, medicações, adesão a terapia de diálise e com o acesso vascular requerem mais habilidades cognitivas e afetivas, enquanto o TxR exige uma rígida adesão aos medicamentos imunossupressores e conhecimento sobre os sinais de rejeição do enxerto para facilitar a tomada de decisão. Portanto, o LS está presente no entendimento e na aplicação de cada cuidado e prescrição; a cada consulta comparecida e exame realizado, apontando sempre para o empoderamento do paciente na compreensão e execução do seu cuidado.

Tem-se como limitações desta pesquisa: a verificação do nível de LS dos pacientes submetidos à TRS em apenas uma instituição; não haver, no momento, um instrumento específico que avalie LS em doentes renais crônicos e o viés de aferição da adesão medicamentosa, visto que o participante pode ter se sentido constrangido em responder negativamente alguma questão da escala de Morisky.

8 CONCLUSÕES

Esta pesquisa avaliou o nível de LS em pacientes submetidos a HD, DP e TxR. O letramento inadequado foi encontrado na maioria dos pacientes e renda e escolaridade foram associados a este achado. Não houve significância estatística quando considerado o letramento entre as modalidades de TRS e adesão medicamentosa. Quanto a QV, o domínio dos aspectos emocionais se mostrou superior nos sujeitos com LS adequado, bem como a renda superior a cinco salários mínimos e escolaridade a igual ou a partir do ensino médio incompleto. O declínio cognitivo moderado foi relacionado ao LS inadequado nos pacientes em TRS, bem como a renda inferior a um salário mínimo e escolaridade abaixo do ensino fundamental completo (inclusive).

Esses achados instigam o desenvolvimento de outras pesquisas com esta temática no Brasil, fomentando a criação de instrumentos que avaliem o LS especificamente na população portadora de DRC, a tradução para o Português do Brasil e validação de ferramentas utilizadas em outros países e a implementação da avaliação do nível de letramento quando o paciente ingressa no serviço de saúde terciário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

LEVEY, A. S. et al. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis**, v. 39, suppl 2, S1-S246, 2002. Disponível em: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J bras nefrol**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-266, jul./set. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Hemodiálise**. Disponível em <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>. Acesso em: 12 out. 2018.

PILGER, C. et al. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 677-683, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a04.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diálise Peritoneal**. Disponível em <<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>>. Acesso em: 06 out. 2018.

FIGUEIREDO, A. E. et al. ISPD guideline/recommendations: a syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. **PDI in Press**. Published on February 25, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26917664>>. Acesso em: 24 out. 2018.

SANTOS, C. M. et al. Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 28, n. 4, p.337-343, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0337.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

RIBEIRO, Vera Masagão; VÓVIO, Claudia Lemos; MOURA, Mayra Patrícia. Letramento no Brasil: alguns resultados do indicador nacional de alfabetismo funcional. **Educ. Soc. , Campinas**, v. 23, n. 81, p. 49-70, dez. 2002. Disponível em: <<https://www.cedes.unicamp.br/>>. Acesso em: 06 jan. 2019.

SOARES, Magda. **Letramento: um tema em três gêneros**. 3. ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.128 p.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO. **Indicador de Alfabetismo Funcional – INAF: estudo especial sobre alfabetismo e mundo do trabalho**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.ipm.org.br> . Acesso em: 18 set. 2018.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **The survey of adult skills: reader's companion, second edition**. Ottawa: OECD; Statistics Canada, 2016. 15 p. Disponível em: https://www.oecd.org/skills/piaac/The_Survey%20_of_Adult_Skills_Reader's_companion_Second_Edition.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998. 24p. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

INSTITUTE OF MEDICINE. **Health literacy: a prescription to end confusion**. 2004, Washington DC: The National Academies

RIBEIRO, Ana Elisa. Letramento digital: um tema em gêneros efêmeros. **Revista da ABRALIN**, v.8, n.1, p. 15-38, jan./jun. 2009

SANTOS, L. T. M. **Validação do teste de avaliação do letramento em saúde (TALES), um questionário brasileiro de avaliação de letramento em saúde**. 2017. Tese (Doutorado na área de concentração em Saúde Brasileira) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora.

MURRAY, S. et al. Health literacy in Canada: Initial results from the international adult literacy and skills survey. **Health Literacy in Canada: Initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey**, 2007.

DEVRAJ, Radhika; GORDON, Elisa J. Health literacy and kidney disease: toward a new line of research. **Am J Kidney Dis**, v. 53, n. 5, p.884-9, 2009.

BERKMAN, N. D. et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 155, n. 2, p. 97-107, 2011.

GAZMARARIAN, J. A. et al. Health literacy and knowledge of chronic disease. **Patient education and counseling**, v. 51, n. 3, p. 267-275, 2003.

TOKUDA, Y. et al. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. **Patient Educ Couns**, v. 75, n. 3, p. 411-17, 2009. Disponível em: [https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(09\)00151-7/pdf](https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(09)00151-7/pdf). Acesso em: 20 jul. 2017.

KALICHMAN, Seth C.; RAMACHANDRAN, Bineetha; CATZ, Sheryl. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. **J Gen Intern Med**, v. 14, n. 5, p. 267-73, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496573/>. Acesso em: 20 jul. 2017.

LI, B. D. L. et al. Patient compliance is critical for equivalent clinical outcomes for breast cancer treated by breast-conservation therapy. **Ann Surg**, v. 231, p. 6, p. 883-9, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1421078/>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BAKER, D. W. et al. Health literacy and mortality among elderly persons. **Arch Intern Med**, v.167, n. 14, p.1503-1509, 2007. Disponível em: < <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/412862>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

SANTOS, L. et al. Letramento em saúde: importância da avaliação em Nefrologia. **J Bras Nefrol**, v. 34, n. 3, p. 293-302, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a14.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

FINKELSTEIN, F. O. et al. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. **Kidney Int**, v. 74, n. 9, p. 1178-1184, 2008.

DODSON, S. et al. Multifaceted assessment of health literacy in people receiving dialysis: Associations with psychological stress and quality of life. **Journal of health communication**, v. 21, n. sup2, p. 91-98, 2016.

CAVANAUGH, K. L. et al. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. **J Am Soc Neph**, v. 21, n. 11, p. 1979-1985, 2010. Disponível em: <https://jasn.asnjournals.org/content/21/11/1979>. Acesso em: 20 mai. 2018.

KAZLEY, A. S. et al. Health literacy and kidney transplant outcomes. **Prog Transplant**, v. 25, n. 1, p. 85-90, 2015. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.7182/pit2015463>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ESCOBEDO, W.; WEISMULLER, P. Assessing health literacy in renal failure and kidney transplant patients. **Prog Transplant**, v. 23, n. 1, p. 47-54, 2013. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.7182/pit2013473>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRICE, J. H. et al. Single-item or two-item literacy screener to predict the S-TOFHLA among adult hemodialysis patients. **Patient Educ Couns**, v. 94, n. 1, p. 71-75, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24169024>. Acesso em: 28 fev. 2018.

ADESEUN, Gbemisola A.; BONNEY, Christine C.; ROSAS, Sylvia E. Health literacy associated with blood pressure but not other cardiovascular disease risk factors among dialysis patients. **J Clin Hypertens**, v. 25, n. 3, p. 348-353, 2012. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22237154>. Acesso em: 02 mar. 2018.

CARTHERY-GOULART MT; ANGHINAH R, AREZA-FEGYVERES R. et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev Saúde Pú**, v. 43, p. 631-638, 2009.

JAIN, D. et al. Health literacy in patients on maintenance peritoneal dialysis: prevalence and outcomes. **Perit Dial Int**, v. 35, n. 1, p. 96-98, 2015. Disponível em: <<http://www.pdiconnect.com/content/35/1/96.extract>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

GREEN, J. A. et al. Associations of health literacy with dialysis adherence and health resource utilization in patients receiving maintenance hemodialysis. **Am J Kidney Dis**, v. 62, n. 1, p. 73-80, 2013. Acesso em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638612015910>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

NURSS, J. R. et al. Difficulties in functional health literacy screening in Spanish-speaking adults. **J Read**, v. 38, n. 8, p. 632-7, 1995. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910571/>. Acesso em: 28 set. 2018.

APOLINARIO, D. et al. Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 702-711, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/ao3816.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DEMIAN, M. N.; SHAPIRO, R. J.; THORNTON, W. L. An observational study of health literacy and medication adherence in adult kidney transplant recipients. **NDT Plus**, v. 9, n. 6, p. 858-865, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5162408/>>. Acesso em: 02 set. 2018.

LEE, S. Y. et al. Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. **Health Serv Res**, v. 41, n. 4, p. 1392-412, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16899014>>. Acesso em 12 abr. 2018.

CONDÉ, S. A. L. et al. Cognitive decline, depression and quality of life in patients at different stages of chronic kidney disease. **J. Bras. Nefrol**, v. 32, n. 3, p. 242-248, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21103686>. Acesso em: 25 jul. 2017.

GUANARÉ, V. C. S. C. et al. Fatores associados à função cognitiva de pacientes com Doença Renal Crônica. **Cad Ter Ocup UFSCar**, v. 24, n. 2, p. 288-296, 2016. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1341>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

BRUCKI, S. et al. Sugestão para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v. 61, n. 3, p. 777-781, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

MELO, Denise Mendonça; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3865-3876, 2015.

SGNAOLIN, V.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol**, v. 34, n. 2, p. 109-116, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n2/02.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24, n.1, p. 67-74, 1986. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>. Acesso em: 20 jun. 2017.

LOPES, J. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, p. 230-6, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0230.pdf>. Acesso em 10 set. 2018.

CICCONELLI, R. M. et al. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

MORAES, K. L. et al. Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. **Rev Bras de Enf**, v. 70, n. 1, p. 155-162, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0155.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

FASSBINDER, T. R. C. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - um estudo transversal. **J. Bras. Nefrol**, v. 37, n. 1, p. 47-54, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/0101-2800-jbn-37-01-0047.pdf>>. Acesso em: 15 agos. 2018.

TAY, J. L.; TAY, Y. F.; KLAININ-YOBASC, P. Mental health literacy levels. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 32, p. 757-763, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941717305599>>. Acesso em: 10 out. 2018.

YIM, C. K. et al. Health literacy assessment and patient satisfaction in surgical practice. **Ann Med Surg**, v. 35, p. 25-28, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S204908011830181X>>. Acesso em 10 out. 2018.

STRIJBOS, R. M. et al. Inadequate Health Literacy in Patients with Arterial Vascular Disease. **Eur J Vasc Endovasc Surg**, v. 56, p. 239-245, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1078588418302582>>. Acesso em: 10 out. 2018.

COUGHLIN, S. S. et al. Health literacy and patient web portals. **Int J Med Inform**, v. 113, p. 43-48, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505618300790>>. Acesso em: 10 out. 2018.

LAMBERT, K. et al. A cross-sectional comparison of health literacy deficits among patients with chronic kidney disease. **J Health Commun**, v. 20, n. sup2, p. 16-23, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26513027>. Acesso em 02 mar. 2018.

DAGEFORDE, L. A. et al. Health literacy of living kidney donors and kidney transplant recipients. **Transplantation**, v. 98, n. 1, p. 88, 2014. Disponível em: <https://journals.lww.com/transplantjournal/FullText/2014/07150/Health_Literacy_of_Living_Kidney_Donors_and_Kidney.13.aspx>. Acesso em: 04 mar. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/educacao/17270-pnad-continua.html?edicao=20635&t=sobre>>. Acesso em: 15 out. 2018.

SALVATO, M. A.; FERREIRA, P. C. G.; DUARTE, A. J. M. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Est Econ**, v. 40, n. 4, p. 753-791, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ee/v40n4/v40n4a01.pdf>. Acesso em 15 out. 2018.

BAKER, D. W. et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Educ Couns**, v. 38, n. 1, p. 33-42, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569>. Acesso em 10 jun. 2017.

MARAGNO, Carla Andreia Daros. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso**. 2009. 41 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

RIBEIRO; S. P. R.; BATISTA, T. S. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo de pacientes em hemodiálise. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 36, n. 2, p. 201-212, 2015. Disponível em: <http://seer.fcfar.unesp.br/rcfba/index.php/rcfba/article/download/233/137>. Acesso em 15 out. 2018.

ALVES, K. B. et al. Existe associação entre qualidade de vida e adesão à farmacoterapia em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise? **Einstein**, v. 16, n. 1, p. 1-7, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n1/pt_1679-4508-eins-16-01-eAO4036.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

MOREIRA, L. B. et al. Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **J Bras Nefrol**, v. 30, n. 2, p. 113-9, 2008.

GONÇALVES, P. R. C. et al. A Adesão à Terapêutica Imunossupressora na Pessoa Transplantada Renal. **Rev Enf Ref**, vol.serIV, n.8, p.121-131, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn8/serIVn8a14.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

LEE, S. et al. The association between kidney function and cognitive decline in community-dwelling, elderly Japanese people. **J Am Med Dir Assoc**, v. 16, n. 4, p. 349.e1-349.e5, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861014008044>>. Acesso em

15 out. 2018.

CAVANAUGH, K. L. et al. Performance of a brief survey to assess health literacy in patients receiving hemodialysis. **Clin Kidney J**, v. 8, n. 4, p. 462-8, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26251719>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SANTOS, L. F. et al. Qualidade de Vida em Transplantados Renais. **Psico-USF**, v. 23, n. 1, p. 163-172, 2018.

AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a17v29n9.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Transplante Renal**. Disponível em <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/transplante-renal/>. Acesso em: 18 out. 2018.

FARIAS, G. M.; MENDONÇA, A. E. Comparing quality of life of patients in hemodialysis and post-renal transplant using the “WHOQOL-bref”. **Rev Min Enferm**, v. 13, n. 4, p. 574-83, 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n4a15.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

KOVACS, A. Z. et al. Sleep disorders, depressive symptoms and health-related quality of life-a cross-sectional comparison between kidney transplant recipients and waitlisted patients on maintenance dialysis. **Nephrol Dial Transplant**, v. 26, n. 3, p. 1058-65, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20685829>. Acesso em 20 out. 2018.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados (contém a escala de Morisky)

Data da coleta: ____/____/____ Número: ____

DADOS PESSOAIS

Iniciais do nome: _____

Sexo: () feminino () masculino

Data de nascimento: ____/____/____

Cor: () branco () negro/preto () pardo

Escolaridade: _____

Renda (em salários mínimos): () ≤ 1 () 2 a 5 () ≥ 5

Número de medicações por dia: () até 3 () mais de 3

Presença de cuidador: () sim () não

QUANTO A DOENÇA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO

Doença de base: _____

Data que iniciou a diálise: ____/____/____

Tipo de terapia renal substitutiva a que é submetido:

() Hemodiálise () Diálise peritoneal () Transplante

*Transplantes:

- Data do transplante: ____/____/____

- Tipo de TRS anterior ao transplante: () Hemodiálise () Diálise peritoneal

ESCALA DE MORISKY

O(A) sr(a) alguma vez esquece de tomar os seus medicamentos?

() sim () não

O(A) sr(a) é descuidado com os horários de tomar seus medicamentos?

() sim () não

Quando o(a) sr(a) está se sentindo melhor, às vezes, para de tomar seus medicamentos?

() sim () não

Algumas vezes, se o(a) sr(a) se sentiu mal, parou de tomar os seus medicamentos?

() sim () não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada “Estudo sobre o nível de letramento funcional em saúde dos portadores de doença renal crônica submetidos a terapia renal substitutiva”, que tem por objetivo avaliar o quanto você entende as informações que lhe são passadas sobre sua saúde. Esse estudo é importante, porque, a longo prazo, poderá melhorar a maneira como são dadas as explicações sobre o seu estado de saúde nos serviços hospitalares que você frequenta. Essa avaliação será realizada através da aplicação de quatro questionários que apresentam perguntas sobre alguns dados pessoais, seu estado de saúde, qualidade de vida, remédios que você toma e alguns testes de atenção e memória. A sua participação é voluntária, você está livre para negar a entrada nesse estudo sem dar explicações e, caso não queira participar, não ocorrerá nenhuma mudança no seu atendimento. Quanto ao risco, é mínimo podendo apenas estar associado ao constrangimento gerado por algumas questões mais pessoais. Este documento será assinado em duas vias: uma ficará com você e outra sob responsabilidade da pesquisadora. A sua participação na pesquisa é anônima e confidencial, não terá custo econômico e tampouco compensação financeira. Seus dados de identificação ficarão disponíveis somente para a equipe da pesquisa. Os documentos serão guardados em um lugar seguro para manter a confidencialidade e segurança das informações. O estudo visa à divulgação dos dados através de publicações em revistas científicas. Qualquer dúvida, você pode consultar a pesquisadora principal que é a professora Ana E. Figueiredo – telefone 9 99848391 e e-mail anaef@pucrs.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS – telefone 3320 3345 e e-mail cep@pucrs.br (horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h30min às 12h e das 13h30 às 17h), que fica localizado na av. Ipiranga – 6681, prédio 50 – sala 703.

Eu,..... (entrevistado) fui informado dos objetivos da pesquisa, recebendo informação de forma clara e objetiva. É do meu conhecimento que minha participação no estudo é completamente voluntária, anônima e reservo-me o direito de retirar-me do estudo a qualquer momento. Todas as perguntas que fiz foram esclarecidas de forma clara e objetiva. Reforço que estou de acordo em participar.

Data: _____ / _____ / _____

Iniciais do nome do participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Ana Figueiredo

Assinatura do responsável: _____

APÊNDICE C – Artigo submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem

Letramento funcional em saúde na terapia renal substitutiva: revisão integrativa

Késia Tomasi da Rocha

Ana Elizabeth Figueiredo

Resumo

Objetivo: pesquisar os instrumentos disponíveis para a identificação do grau de letramento funcional em saúde dos pacientes submetidos a terapia renal substitutiva.

Método: trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, CINAHL e *Web of Science*, entre outubro de 2017 a janeiro de 2018. Foram incluídos artigos originais completos, disponíveis a partir do ano de 2010 até o momento da busca e nos idiomas inglês, espanhol e português. Os descritores utilizados foram: *hemodialysis*, *peritoneal dialysis*, *transplantation*, *renal dialysis patient information* e *health literacy*.

Resultados: dezesseis estudos foram selecionados para análise, nos quais treze instrumentos diferentes foram utilizados, sendo as ferramentas mais aplicadas o *Rapid Estimate Adult Literacy of Medicine* (REALM), utilizado em quatro pesquisas e o *Newest Vital Sign* (NVS), usado em três estudos. Doze instrumentos foram aplicados em pacientes submetidos a hemodiálise, três nos indivíduos em diálise peritoneal e foram encontrados três instrumentos específicos para transplantados renais. As ferramentas mais atuais, têm avaliado aspectos sociais, autocuidado e capacidade de gerenciamento e entendimento dos pacientes em TRS. **Conclusão:** embora existam diferentes instrumentos para mensuração do letramento em saúde, apenas um está validado no Brasil. Ressalta-se que são necessários mais estudos, especialmente com os pacientes em diálise

peritoneal, pois se trata de uma terapia dependente da adequada compreensão e autocuidado para o seu êxito.

Descritores: Comunicação em saúde; Doença renal crônica; Diálise renal; Transplante de rim; Educação em saúde.

Introdução

Crescente na população mundial, a doença renal crônica (DRC) está associada ao aumento no risco para admissões hospitalares e morbidades, contribuindo significativamente para todas as causas de morte cardiovasculares.^(1,2) Estima-se que mais de 2 milhões de indivíduos em todo o mundo são submetidos a diálise ou transplante renal, porém este número pode representar apenas 10% de todos os pacientes que realmente necessitam destes tratamentos para sobreviverem.⁽³⁾

No Brasil, quando considerados os pacientes em terapia renal substitutiva (TRS), do ano de 2007 à 2016, a incidência de indivíduos em diálise foi de aproximadamente 39.700 pacientes, chegando a 122.825 brasileiros em substituição da função renal.⁽⁴⁾ Cerca de 92,1% destes, realizam a TRS por hemodiálise (HD), 7,9 por diálise peritoneal (DP) e cerca de 29.000 indivíduos estão em lista de espera para transplante renal (Tx).⁽⁴⁾

Dada a prevalência e incidência da DRC na população, bem como a complexidade de seu tratamento, a tomada de decisão compartilhada e a gestão do autocuidado são aspectos imprescindíveis para o êxito nos desfechos clínicos destes indivíduos, sendo estes consideravelmente influenciados pelo grau de compreensão individual do paciente acerca de sua doença e abordagem terapêutica, conhecido como Letramento Funcional em Saúde (LFS) ou Alfabetização em

Saúde.^(5,6)

Quanto a terminologia, a alfabetização e o letramento são conceitos indissociáveis do ponto de vista educacional. A alfabetização é tornar o indivíduo capaz de ler e escrever, enquanto o letramento se refere às habilidades de uso deste sistema em atividades de leitura e escrita.⁽⁷⁾ O termo “funcional”, acrescido ao letramento, é relativo a capacidade do indivíduo de utilizar a leitura, escrita e cálculo sempre que for preciso realizar determinada atividade ou construir novos aprendizados, necessários ao seu desenvolvimento pessoal e contexto social.⁽⁸⁾

Assim, o LFS consiste na capacidade do indivíduo de obter, processar e compreender as informações e os serviços básicos de saúde necessários para tomada de decisões pertinentes sobre a sua própria saúde e cuidados médicos.^(6,9) Estudos demonstram que o LFS inadequado está associado a pior qualidade de vida⁽¹⁰⁾, menor adesão ao tratamento⁽¹¹⁾, falta de assiduidade nas consultas médicas⁽¹²⁾ e maiores taxas de hospitalizações⁽¹³⁾, impactando desfavoravelmente no desfecho clínico destes indivíduos.

Acredita-se que, explanando sobre os instrumentos cuja proposta sejam de analisar o letramento dos portadores de DRC, os profissionais de saúde sejam estimulados a avaliar o grau de compreensão dos pacientes, bem como a prática correta das orientações recebidas nos serviços de saúde. Assim, o objetivo deste estudo é pesquisar os instrumentos disponíveis para a identificação do grau de LFS na população submetida a terapia de substituição da função renal.

Método

Estudo realizado a partir de uma revisão integrativa da literatura, a qual permite abordar pesquisas qualitativas e/ou quantitativas, tendo a capacidade de

explorar diversos métodos cujas conclusões, quando avaliadas de maneira sistemática e ordenada, potencialmente podem ser aplicados à prática clínica.⁽¹⁴⁾

Para elaboração deste estudo foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.⁽¹⁵⁾

Os critérios de inclusão para a busca e seleção das publicações foram: artigos originais completos, disponíveis na íntegra nas bases de dados a partir do ano de 2010 (período em que o descritor “alfabetização em saúde” se tornou disponível) até o momento da busca e nos idiomas Inglês, Espanhol e Português. Os estudos deveriam estar indexados em pelo menos uma das bases de dados: PubMed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Web of Science* (WOS).

Conforme a terminologia dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), os estudos deveriam ser localizáveis pelos seguintes termos: *hemodialysis*, *peritoneal dialysis*, *transplantation*, *renal dialysis patient information* e *health literacy*. A fim de sistematizar a busca na literatura, foram utilizados os operadores booleanos *peritoneal dialysis or renal dialysis or transplantation or hemodialysis and health literacy or patient education*. Foram excluídas as publicações repetidas nas bases de dados, bem como as teses, dissertações, monografias e os que constavam apenas o resumo.

A coleta dos dados ocorreu entre outubro de 2017 a janeiro de 2018 e foi

realizada por duas pesquisadoras independentes que, quando da seleção dos artigos, primeiramente avaliaram o título, seguindo-se o resumo e, posteriormente, leitura do estudo na íntegra.

Resultados

Foram encontradas 4.286 publicações e selecionados 72 estudos dos quais restaram 16 artigos para a análise (Figura 1). Ressalta-se que a base de dados SciELO apresentou apenas três publicações, que não eram pertinentes ao tema desta revisão.

Figura 1. Seleção dos artigos científicos para a revisão integrativa.

| | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|-------------------------------|
| Pesquisa nas bases de dados | Publicações: 4.286 | | | |
| Aplicação dos critérios de inclusão/exclusão | Não aplicáveis à questão norteadora deste estudo: 29 | Repetido em outra base de dados: 18 | Excluídos por serem carta ao editor e apenas resumos: 7 | Não disponíveis na íntegra: 2 |
| Total de artigos selecionados | PubMed: 16 artigos | | | |

Treze instrumentos diferentes foram utilizados para avaliar o nível de LFS nos pacientes submetidos a TRS, os quais seguem descritos no quadro 1.

| Quadro 1 | | | Instrumentos de avaliação do Letramento Funcional em Saúde de pacientes em terapia renal substitutiva | |
|---------------------------------|--|--|--|--|
| Autor(es) | Instrumento | Aspectos avaliados/classificação | | |
| Demian MN e cols; ¹⁶ | <i>Health Literacy Questionnaire</i> (HLQ) | Avalia habilidades necessárias para o letramento em saúde: compreensão, apoio e vínculo com os profissionais de saúde; gerenciamento da própria saúde; apoio social; navegação pelo sistema de saúde; capacidade de compreensão das informações para tomada de decisão sobre sua saúde. Classificação: 44 itens, divididos em nove domínios distintos, cada um com 4-6 graus de concordância em uma escala do tipo Likert. | | |
| Dodson S e cols; ¹⁷ | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| | | Pontuações mais altas indicam melhor letramento em saúde. |
| Lambert K e cols; ¹⁸ | <i>Health Literacy Management Scale</i> (HeLMS) | Avalia habilidades necessárias para o letramento em saúde: atitudes e proatividade do paciente em relação à sua saúde; compreensão das informações de saúde; suporte social; fatores socioeconômicos para o acesso aos serviços de saúde; acesso ao atendimento médico clínico-geral; comunicação com profissionais de saúde e uso das informações de saúde. Classificação: 29 itens, divididos em 8 domínios. As respostas são pontuadas em uma escala Likert de 5 pontos e dicotomizadas como sem dificuldade (pontuação de 5 na escala) ou qualquer dificuldade (pontuação de 1 a 4 na escala). Pontuações mais altas indicam melhor letramento em saúde. |
| Chiu CH e cols; ¹⁹ | Alfabetização em saúde em chinês | Apresenta 52 itens, divididos em duas seções: alfabetização em saúde (dividida em 7 sub-estruturas de alfabetização: funcional, comunicativa, interativa, crítica, conhecimentos básico e avançado de saúde e segurança do paciente) e dados demográficos. Classificação: 1 ponto por resposta correta das quatro opções de múltipla escolha, sendo a pontuação máxima 26 e a pontuação mínima zero. Pontuações mais altas indicam melhor letramento em saúde. |
| Cavanaugh KL e cols; ²⁰ | <i>Brief Health Literacy Screen</i> (BHLS) | Consiste em três perguntas que avaliam a autoconfiança do paciente, a frequência com que precisa de ajuda para ler documentos referentes a sua saúde e compreensão de sua condição de saúde. Classificação: cada questão pode receber até 5 pontos, que são somados para produzir uma pontuação total de 3 a 15, sendo considerado letramento limitado (3-9 pontos) e letramento adequado (10-15). |
| Kazley AS e cols; ²¹ | <i>Rapid Estimate of Adult Literacy of Medicine-Transplant</i> (REALM-T) | Apresenta 69 palavras, as quais devem ser corretamente pronunciadas, em voz alta, pelo paciente. Classificação: letramento em saúde adequado: 60 a 69; letramento marginal: 45 a 59 e ≤ 44 letramento inadequado. |
| Kazley AS e cols; ²¹ Escobedo W e cols; ²² | <i>Newest Vital Sign</i> (NVS) | Consiste em 2 prescrições médicas e 3 questões sobre cada uma delas, que levam o paciente a ler, entender e buscar informações. Classificação: letramento adequado: de 4 a 6; letramento marginal: 2 a 3 e de 1 a 0 letramento inadequado. |

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Kazley AS e cols; ²¹ | <i>Decision-Making Capacity Assessment Tool</i> (DMCAT) | Apresenta 6 perguntas que avaliam o conhecimento e compreensão da diálise e o processo de transplante. Classificação: 3 pontos por resposta correta, sendo 18 o escore máximo. Pontuações mais altas indicam melhor conhecimento. |
| Kazley AS e cols; ²³ | | |
| Jain D e cols; ²⁴ | <i>Rapid Estimate of Adult Literacy of Medicine</i> (REALM) | Apresenta 66 palavras, as quais devem ser corretamente pronunciadas, em voz alta, pelo paciente. Classificação: letramento em saúde adequado: 60 a 66; letramento marginal: 45 a 59 e ≤ 44 letramento inadequado. |
| Green JA et al; ²⁵ | | |
| Green JA et al; ²⁶ | | |
| Cavanaugh KL et al; ²⁷ | | |
| Lai AY e cols; ²⁸ | <i>Functional, Communicative and Critical Health Literacy</i> (FCCHL) | Apresenta 14 itens, sendo 5 itens de letramento funcional (avalia habilidades básicas de leitura e escrita) e comunicativo (capacidade de extrair informações de variados meios de comunicação) e quatro itens de letramento crítico (capacidade de avaliar criticamente as informações sobre a sua própria saúde). Classificação: escala Likert, pontuada de 1 a 4 (nunca à frequentemente) para cada item. Os escores dos itens de cada subescala foram somados e divididos pelo número de itens constituintes da subescala. Pontuações mais altas indicam melhor letramento em saúde. |
| Dageforde LA et al; ²⁹ | <i>Short Literacy Survey</i> (SLS) | Consiste em três perguntas que avaliam a frequência com que o paciente necessita de ajuda para ler documentos referentes a sua saúde, a autoconfiança no desempenho solitário de atividades relativas à sua saúde, bem como a compreensão da sua condição de saúde. Classificação escala Likert até 5 pontos, sendo considerado letramento baixo: <u>3</u> a <u>8</u> ; moderado: <u>9</u> a <u>14</u> e 15, letramento alto. |
| Brice JH et al; ³⁰ | <i>Single item literacy screener</i> (SILS) | Consiste em 1 pergunta, que avalia o entendimento do paciente quando lê materiais relacionados a sua saúde. Classificação: escala Likert de 1 a 5, variando de nunca para sempre. Pontuações mais altas indicam melhor letramento em saúde. |
| | <i>Two-item literacy screener</i> (TILS) | Consiste em 2 perguntas, que avaliam a capacidade/frequência de leitura de diferentes materiais. Classificação: escala Likert, de excelente à péssima. |
| Brice JH et | <i>Short Test of</i> | Apresenta 36 lacunas, em que o paciente deve |

| | | |
|---------------------------|--|--|
| <i>al</i> , ³⁰ | <i>Functional Health Literacy in Adults</i> (S-TOFHLA) | escolher dentre 4 opções, a palavra que mais se enquadra ao contexto da frase – objetiva avaliar a compreensão de leitura e 4 cartões (prescrição médica, marcação de consulta) que avalia a capacidade de numeramento. Classificação: considera-se letramento inadequado: 0 a 16; marginal: 17 a 22 e de 23 a 36, adequado. |
| Adeseun GA; ³¹ | | |

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto aos locais de realização dos estudos, a maioria ocorreu nos Estados Unidos da América (n=11), seguido da Austrália (n=2), Canadá (n=1), Cingapura (n=1) e Taiwan (n=1). Observa-se que o primeiro estudo publicado sobre a temática foi no ano de 2010⁽²⁷⁾ e no período de 2015, houve um aumento na frequência das publicações sobre este tema.^(18,20,21,24)

Quanto ao nível de evidência⁽³²⁾, doze estudos foram considerados nível 6⁽¹⁶⁻²⁷⁾, dos quais dois se referem a elaboração de instrumentos de mensuração do letramento, aplicados em pacientes submetidos a HD⁽¹⁹⁾ e transplantados renais⁽²³⁾. Quatro pesquisas apresentam nível 4, sendo estas os estudos de coorte, os quais visam avaliar os desfechos de pacientes em TRS de acordo com o nível de LFS.⁽²⁸⁻³¹⁾

Referente aos instrumentos utilizados, o REALM foi o primeiro com o qual se avaliou o letramento nesta população, no ano de 2010⁽²⁷⁾ e foi aplicado em mais três pesquisas encontradas^(24,25,26). Quanto aos estudos mais recentes, os dois últimos foram publicados em 2016 e se utilizaram da ferramenta HLQ, a qual busca avaliar também a subjetividade do paciente quanto as informações recebidas nos serviços de saúde.^(16,17)

Destaca-se que foram encontradas três ferramentas específicas que avaliam o grau de LFS em pacientes transplantados renais, sendo: o NVS – versão adaptada para transplante, o qual consiste na interpretação de duas prescrições médicas⁽²¹⁾; o REALM-T, que avalia a leitura e pronúncia de 69 termos da área da saúde⁽²¹⁾ e o

DMCAT, cuja proposta é avaliar a capacidade do paciente em reconhecer os sintomas da DRC terminal e o processo de diálise e transplante. (21,22)

Discussão

Conhecer o grau de alfabetização em saúde dos pacientes submetidos a TRS significa otimizar o tratamento clínico, fomentando as suas habilidades de autocuidado e o tornando protagonista de sua terapêutica. Assim, este é um tema de grande valia, quando considerada a complexidade que envolve o tratamento da DRC terminal e a necessidade de conhecer a capacidade do paciente em aderir comportamentos de saúde eficazes.⁽³⁰⁾

Foram identificados neste estudo treze instrumentos que têm sido utilizados para avaliação do letramento dos pacientes em TRS. Tais ferramentas, inicialmente, tinham a premissa de avaliar apenas a capacidade numérica e/ou de compreensão de leitura do paciente, porém os estudos mais atuais apresentam instrumentos que avaliam aspectos gerais do indivíduo, como a compreensão sobre a sua doença e tramitação nos serviços de saúde^(16,18,30)

Referente aos instrumentos utilizados na diálise, com exceção da ferramenta SLS, todas as outras já foram aplicadas em pacientes submetidos a HD, possivelmente por esta ser a terapia mais prevalente e incidente entre os indivíduos com DRC dialítica. Quanto aos sujeitos em DP, apenas três dos treze instrumentos encontrados foram aplicados nesta amostra, o que reflete a carência de estudos com esta população, pois é o método em que o paciente mais depende do seu entendimento e autocuidado.^(17,18,24)

O primeiro estudo que avaliou o LFS em pacientes com Tx renal foi publicado em 2013, utilizando-se da ferramenta NVS.⁽²²⁾ Após isto, foi desenvolvido o instrumento DMCAT, que avalia a capacidade de conhecimento e tomada de decisão,

considerados elementos do letramento em saúde⁽²³⁾ e o SLS, composto por três perguntas e validado para ser aplicado pela equipe clínica.⁽²⁹⁾

O instrumento REALM, mais frequentemente utilizado, é composto por 66 palavras que se referem a partes do corpo e outros termos médicos, sendo que o paciente deve pronunciá-las corretamente em voz alta. É considerada uma ferramenta de rápida aplicação (cerca de 3 minutos) e acurada especialmente para detectar o LFS limitado. Em dois estudos a sua aplicação já compõe a rotina das unidades assistenciais.^(24,25) Ressalta-se que a diferença encontrada entre as ferramentas REALM e REALM-T (específico para transplante) são o acréscimo de três palavras.⁽²¹⁾

Utilizado por três pesquisadores⁽²¹⁻²³⁾, o instrumento NVS primariamente foi elaborado baseado em seis questões sobre uma etiqueta nutricional de sorvete.⁽²²⁾ Após modificações, a ferramenta passou a apresentar duas prescrições médicas e três perguntas para cada medicação, sendo que o número de respostas corretas se correlaciona com uma categoria de LFS (limitado, marginal ou adequado).^(21,23) Estima-se que o seu tempo de aplicação seja menos de cinco minutos.

Ressalta-se que o único instrumento devidamente traduzido para o Português do Brasil, adaptado transculturalmente e validado é uma adaptação do REALM, cuja denominação foi modificada para *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults* (SAHLPA).⁽³³⁾ Embora a ferramenta S-TOFHLA tenha sido traduzida e adaptada, ainda não foi validada, requerendo estes dados para o seu uso.⁽³⁴⁾

Considerando os achados na literatura, torna-se importante ressaltar que outras características foram avaliadas concomitantemente ao LFS, como a adesão medicamentosa em pacientes transplantados renais⁽¹⁶⁾, a qualidade de vida dos que

são submetidos e HD⁽¹⁷⁾, a avaliação dos aspectos cognitivos através do Mini-exame do Estado Mental^(20,27) e parâmetros laboratoriais, como o fósforo e albumina sérica, buscando verificar a associação da capacidade de compreensão com o seguimento da dieta adequada.^(17,27)

Apesar da ampla busca realizada e a avaliação rigorosa das publicações selecionadas, alguns estudos também contemplaram pacientes em fases pré-dialíticas como grupos comparadores.

Conclusão

Embora existam diferentes instrumentos que avaliam o grau de LFS, não há nenhum específico, que esteja validado no Brasil, para a população em TRS – com exceção dos transplantados renais. Apesar disto, os resultados da aplicação de algumas destas ferramentas podem ser comparadas nesta população, porque em geral avaliam aspectos semelhantes como reconhecimento, leitura e pronúncia de palavras utilizadas nos serviços de saúde.

Conceitualmente o LFS se trata de um conjunto de habilidades (interpretação, fala, escuta, escrita), as quais são avaliadas de uma maneira muito limitada em ferramentas que se restringem a repetição de termos médicos. Além disso, a maioria dos instrumentos só foram aplicados na população em HD, cuja grande parte do cuidado é transferido à equipe de Enfermagem durante as sessões.

Assim, ressalta-se o quão necessário é o desenvolvimento de estudos voltados para a elaboração e validação de outros instrumentos que avaliem o LFS nos pacientes submetidos a TRS ou mesmo a tradução, adaptação transcultural e validação dos instrumentos apresentados e discutidos nesta revisão.

Referências

- 1 Evans PD, Maarten WTAAL. Epidemiology and causes of chronic kidney disease. *Medicine*.2015;43(8):450-453.
- 2 Webster AC, et al. Chronic kidney disease. *The Lancet*.2017;10075(389):1238-1252.
- 3 Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. A contribuição da doença renal crônica para o ônus global das principais doenças não transmissíveis. *Rim Int*.2011;80(12): 1258-1270.
- 4 Sesso, RC, Lopes, AA, Thomé, FS, Lugon, JR, Martins, CT. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2016. *J Bras Nefrol*.2017;39(3):261-266.
- 5 Fraser SD, Roderick PJ, Casey M, Taal MW, Yuen HM, Nutbeam D. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*.2012;28(1):129-137.
- 6 Santos LTM, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG. Letramento em saúde: importância da avaliação em Nefrologia. *J Bras Nefrol*.2012;34(3):293-302.
- 7 Soares M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. *Rev Bras Educ*. 2004;25:5-17.
- 8 United Nations Educational S, organization C. Aspects of Literacy Assessment: topics and issues from the UNESCO expert Meeting. UNESCO Paris; 2005. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001401/140125eo.pdf>
- 9 Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Fam Med*. 2005;3(6):514-522.
- 10 Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns*.2009;75(3):411-17.
- 11 Kalichman SC, Ramachandran B, Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *J Gen Intern Med*.1999;14(5):267-73.
- 12 Li BDL, Brown WA, Ampil FL, Burton GV, Yu H, McDonald JC. Patient compliance is critical for equivalent clinical outcomes for breast cancer treated by breast-conservation therapy. *Ann Surg*.2000;231(6):883-9.
- 13 Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gasmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*.2007;167:1503-9.
- 14 Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*.2005;52(5):546-553.
- 15 Dal Sasso MK, Campos PSRC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto Enfermagem*.2008;(17):4.
- 16 Demian MN, Shapiro RJ, Thornton WL. An observational study of health literacy and medication adherence in adult kidney transplant recipients. *NDT Plus*.2016;9(6):858-865.
- 17 Dodson S, Osicka T, Huang L, McMahon LP, Roberts MA. Multifaceted assessment of health literacy in people receiving dialysis: Associations with psychological stress and quality of life. *Journal of health communication*.2016;21(2):91-98.

- 18 Lambert K, Mullan J, Mansfield K, Lonergan M. A cross-sectional comparison of health literacy deficits among patients with chronic kidney disease. *Journal of health communication*.2015;20(2):16-23.
- 19 Chiu CH, Shih CL, Jensen DA, Chang TH. Development of a health literacy questionnaire for Taiwanese hemodialysis patients. *BMC Nephrology*.2016;17(1):54.
- 20 Cavanaugh KL, Osborn CY, Tentori F, Rothman RL, Ikizler TA, Wallston KA. Performance of a brief survey to assess health literacy in patients receiving hemodialysis. *Clinical Kidney Journal*.2015;8(4):462-468.
- 21 Kazley AS, Hund JJ, Simpson KN, Chavin K, Baliga P. Health literacy and kidney transplant outcomes. *Progress in Transplantation*.2015;25(1):85-90.
- 22 Escobedo W, Weismuller P. Assessing health literacy in renal failure and kidney transplant patients. *Progress in transplantation*.2013;23(1):47-54.
- 23 Kazley AS, Jordan J, Simpson KN, Chavin K, Rodrigue J, Baliga P. Development and testing of a disease-specific health literacy measure in kidney transplant patients. *Progress in Transplantation*.2014;24(3):263-270.
- 24 Jain D, Sheth H, Green JA, Bender FH, Weisbord SD. Health literacy in patients on maintenance peritoneal dialysis: prevalence and outcomes. *Peritoneal Dialysis International*.2015;35(1):96-98.
- 25 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. *American Journal of Kidney Diseases*.2013;62(1):73-80.
- 26 Green JA, Mor MK, Shields AM, Sevick MA, Palevsky PM, Fine MJ, Weisbord SD. Prevalence and demographic and clinical associations of health literacy in patients on maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*.2011;6(6):1354-1360.
- 27 Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, Eden S, Shintani A, Wallston KA, et al. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. *Journal of the American Society of Nephrology*.2010;21(11):1979-1985.
- 28 Lai AY, Ishikawa H, Kiuchi T, Mooppil N, Griva K. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. *Patient education and counseling*.2013;91(2):221-227.
- 29 Dageforde LA, Petersen AW, Feurer ID, Cavanaugh KL, Harms KA, Ehrenfeld JM, et al. Health literacy of living kidney donors and kidney transplant recipients. *Transplantation*.2014;98(1):88.
- 30 Brice JH, Foster MB, Principe S, Moss C, Shofer FS, Falk RJ, DeWalt DA. Single-item or two-item literacy screener to predict the S-TOFHLA among adult hemodialysis patients. *Patient education and counseling*.2014;94(1):71-75.
- 31 Adeseun GA, Bonney CC, Rosas SE. Health literacy associated with blood pressure but not other cardiovascular disease risk factors among dialysis patients. *American journal of hypertension*.2012;25(3):348-353.
- 32 Galvão CM. Níveis de Evidência. *Acta Paulista de Enfermagem*.2006;19(2).
- 33 Apolinario D et al. Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Revista de Saúde Pública*.2012;46(4):702-711.
- 34 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 Saúde Púb*.2009;43(4):631-638.

APÊNDICE D – Artigo submetido ao Jornal Brasileiro de Nefrologia

**LETRAMENTO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM TERAPIA RENAL
SUBSTITUTIVA**

*HEALTH LITERACY: ASSESSMENT OF PATIENTS IN RENAL REPLACEMENT
THERAPY*

Título resumido: LETRAMENTO EM SAÚDE NA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Modalidade do artigo: original.

Késia Tomasi da Rocha

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Endereço: av. Ipiranga, 6690 – Jardim Botânico – Porto Alegre/RS, CEP: 90610-000.

Ana Elizabeth Figueiredo

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Ciências da Saúde e Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Endereço: av. Ipiranga, 6690 – Jardim Botânico – Porto Alegre/RS, CEP: 90610-000.

Local de realização do estudo: Serviço de Nefrologia, do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Autor correspondente: Késia Tomasi da Rocha: Av. Ipiranga, 6690 – Jardim Botânico – Porto Alegre/RS, CEP: 90610-000. E-mail: trkesia@gmail.com.

Agência de fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

Introdução: o letramento em saúde inadequado está relacionado a piores desfechos clínicos. Entretanto, há poucos estudos brasileiros que o avaliam na população com doença renal crônica. **Objetivo:** verificar o nível de letramento em saúde de pacientes submetidos terapia renal substitutiva. **Método:** estudo transversal, realizado com indivíduos acima de 18 anos, submetidos a hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal há mais de três meses. Foi aplicado o questionário *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults – 18*, em sua versão brasileira. **Resultados:** foram avaliados 138 pacientes, com média de idade de $52,0 \pm 15,5$ anos, maioria do gênero masculino (58,0%) e, predominantemente, transplantados renais (47,1%). Cerca de 42% tinham ensino médio completo e renda de dois a cinco salários mínimos (49,3%). Aproximadamente 51% dos pacientes apresentaram letramento em saúde inadequado e tinham renda igual ou inferior a um salário mínimo ($P=0,002$) e ensino fundamental completo ou inferior ($P<0,001$). O tempo de preenchimento do instrumento de letramento ($4,70 \pm 1,64$ minutos) esteve associado a classificação de inadequado ($P<0,001$). **Conclusões:** a maioria dos pacientes submetidos a terapia renal substitutiva apresenta letramento em saúde inadequado, estando este achado relacionado a escolaridade e renda.

Palavras-chave: alfabetização em saúde; educação em saúde; doença renal crônica; terapia de substituição renal; comunicação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: inadequate health literacy is related to inferior clinical outcomes. However, there are few Brazilian studies evaluating it in the population with chronic kidney disease. **Objective:** to verify the level of health literacy of patients undergoing renal replacement therapy. **Method:** A cross-sectional study with individuals over 18 years of age who underwent hemodialysis, peritoneal dialysis or renal transplantation for more than three months. The instrument Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults questionnaire-18 was used in its Brazilian version. **Results:** in this study, 138 patients were evaluated, presenting the mean age 52.0 ± 15.5 years, mostly males (58.0%) and predominantly renal transplant patients (47.1%). About 42% of the participants had completed high school and had the income of two to five minimum wages (49.3%). Approximately 51% of the patients presented inadequate health literacy and had income equal to or less than one minimum wage ($P=0.002$) and complete or lower elementary education ($P<0.001$). The completion time of the literacy instrument (4.70 ± 1.64 minutes) and was associated with the inadequate classification ($P<0.001$). **Conclusions:** most patients undergoing renal replacement therapy present inadequate health literacy and, this is associated lower schooling and income.

Keywords: health literacy; health education; chronic kidney disease; renal replacement therapy; health communication.

INTRODUÇÃO

Os pacientes em terapia renal substitutiva (TRS), frequentemente, apresentam um vínculo maior com os profissionais de saúde, o que favorece as intervenções de Educação em Saúde¹. A educação do paciente com doença renal crônica (DRC) consiste de estratégias que favoreçam o seu protagonismo, autoconhecimento e autocuidado, porém é necessário que o mesmo tenha condições de compreender e aplicar as informações que recebe nessas intervenções¹.

O letramento em saúde (LS) consiste na capacidade de obter, processar e compreender as informações e os serviços básicos de saúde necessários para tomada de decisões sobre o seu próprio estado. É extremamente relevante de ser mensurado na população em TRS, porque apresenta um potencial de impacto em diferentes desfechos clínicos²⁻⁴.

A complexidade do tratamento da DRC altera o cotidiano dos pacientes, pois necessitam gerenciar a “polifarmácia”, manter cuidados dietéticos e cumprir com uma rotina de consultas e exames⁵. Estudos demonstram que o LS inadequado está associado a pior qualidade de vida⁶, menor adesão ao tratamento⁷, falta de assiduidade nas consultas médicas⁸ e maiores taxas de hospitalizações⁹. Especificamente na Nefrologia, uma coorte multicêntrica realizada em 77 clínicas de hemodiálise (HD), mostrou que 32% dos pacientes apresentavam LS limitado, pelo instrumento *Rapid Estimate of Adult Literacy of Medicine* (REALM), e estes, apresentaram quase duas vezes mais chances de irem ao óbito¹⁰.

Embora existam diferentes instrumentos que avaliam o nível de LS, como o REALM¹⁰, o *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA)¹¹ e o *Decision-Making Capacity Assessment Tool*¹², o único traduzido para o Português do

Brasil e validado é o *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults* (SAHLPA-50), bem como a sua versão reduzida, que é o SAHLPA-18¹³. Este, elaborado no mesmo modelo do REALM¹⁴, caracteriza-se por ser de rápida aplicação (aproximadamente 1-2 minutos) e abranger tanto a pronúncia correta de termos comumente utilizados nos serviços de saúde, quanto a compreensão de seu significado, classificando grau de LS em adequado ou inadequado¹³.

É necessário considerar que, grande parte dos pacientes portadores de DRC, podem ser oriundos de uma população que apresenta baixos níveis de escolaridade. Conforme os dados do Indicador de Alfabetismo Funcional, 49% das pessoas que estudaram da 1ª à 4ª série estão na classificação rudimentar (localizam informações explícitas em textos curtos e/ou efetua operações matemáticas simples) e 27% dos indivíduos são considerados analfabetos funcionais (analfabeto + rudimentar), o que pode impactar diretamente no seu nível de LS¹⁵.

Assim, considerando a complexidade do tratamento da DRC e o impacto do LS na participação ativa do paciente em sua terapia, o objetivo deste estudo é avaliar o nível de LS em pacientes submetidos a terapia de substituição da função renal.

MÉTODO

Estudo transversal, em que foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, submetidos a HD, diálise peritoneal (DP) e transplante renal (TxR), por mais de três meses consecutivos e em acompanhamento no Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. Foram excluídos os pacientes que receberam o TxR antes de iniciar outro tipo de TRS (transplante pré-emptivo).

A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro/2018, por meio de entrevistas individuais realizadas durante a sessão de HD, antes das consultas de Enfermagem e/ou médicas dos pacientes em DP e transplantados renais. Após o processo de consentimento, foi aplicado o formulário de dados sociodemográficos e clínicos (sexo, idade, cor, escolaridade, renda, número de medicações por dia, presença de cuidador, doença de base, data de início da TRS e data do início da diálise para os transplantados) e a ferramenta SAHLPA-18, para verificação do nível de LS¹³.

O instrumento SAHLPA-18, que avalia habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns, é composto por 18 cartões em que há um termo principal em negrito que o indivíduo deve pronunciar em voz alta e duas palavras abaixo de associação, as quais o participante deve escolher a palavra que melhor se relacione com o termo lido por ele¹³. O item é considerado correto apenas quando o participante acerta a pronúncia e a associação. Cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18, em que o escore de 0 a 14 sugere alfabetismo em saúde inadequado¹³.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa WinPEPI (*Programs for Epidemiologists for Windows*) versão 11.43 e baseado no estudo de

Dodson e colaboradores¹⁶. Considerando um nível de significância de 5%, poder de 95%, prevalência estimada de baixo nível de LS em 57%, obteve-se um total mínimo de 108 pacientes.

Os dados foram analisados com SPSS 21.0 e a normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi verificada com o Teste *Kolmogorov Smirnov*. Variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio-padrão, mediana e intervalos mínimo e máximo e, as variáveis qualitativas, por frequência absoluta e relativa. A comparação e a correlação entre as medidas quantitativas foram realizadas por meio dos testes T de *Student* e Correlação de *Spearman*, respectivamente. A associação entre as medidas qualitativas foi testada através do Qui-quadrado de *Pearson*. Foi considerado significativo um $P < 0,05$.

Buscando contemplar os princípios legais e éticos, de acordo com as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (resolução 466/2012), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob o número do Parecer 2.704.709. Todos os participantes passaram pelo processo de consentimento, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESULTADOS

Foram avaliados 138 pacientes, sendo 65 (47,1%) transplantados renais, 50 (36,2%) submetidos a HD e 23 (16,7%) em DP. A Hipertensão Arterial Sistêmica foi a doença de base encontrada em 31 (22,5%) dos pacientes, seguida da Diabetes *Mellitus* 21 (15,2%). A polifarmácia (administração de ≥ 5 medicações/dia) esteve presente em 110 (79,7%) dos pacientes e 25 (18,1%) relatou a presença de cuidador.

A mediana dos dias em TRS de todos os participantes foi 995 (intervalo de 126 a 9.369). Quando considerados apenas os transplantados renais, 39,1% (n=54) realizavam HD antes do TxR e a mediana de dias de exposição à DRC foi 1.349 (mínimo de 214 e máximo de 12.154), abrangendo o momento que iniciaram a diálise, pré-transplante, até a data da coleta de dados. Tanto os dias de exposição à doença dos transplantados renais, quanto os dias em diálise, não apresentaram significância estatística com o letramento (P=0,51 e P=0,81, respectivamente).

O escore médio do SAHLPA foi $13,7 \pm 3,8$ e o tempo de aplicação dessa ferramenta em minutos foi de $4,1 \pm 1,5$. A pronúncia foi o aspecto que os pacientes mais acertaram 45,7% (n=63), enquanto que 28,3% (n=39) acertaram mais a associação e 26,1% (n=36) tiveram acertos iguais. A palavra com a maior prevalência de erro foi “icterícia”, seguida de “incesto” (Tabela 1).

A maioria dos pacientes que foram classificados como inadequado em relação ao LS (51,4%) tinham renda igual ou inferior a um salário mínimo (P=0,002) e ensino fundamental completo ou inferior (P<0,001). Os indivíduos com letramento adequado apresentavam, mais frequentemente, ensino médio incompleto ou maior escolaridade e renda de cinco salários mínimos ou mais. Demais características não apresentaram associação estatística significativa com o LS (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Considerando a complexidade do tratamento da DRC, bem como as demais comorbidades que acometem os pacientes portadores de disfunção renal, este estudo objetivou verificar o nível de LS nos sujeitos submetidos a TRS. Destaca-se que, no Brasil, há um número pequeno de publicações que avaliam o LS, sendo ainda restrito quando se trata de pacientes portadores de DRC⁴.

A avaliação do LS, em seus diversos âmbitos e implicações, tem sido um aspecto emergente mundialmente. Esta temática vem sendo estudada na saúde mental¹⁷, em portadores de doença arterial coronariana¹⁸, para avaliar a satisfação do paciente em procedimentos cirúrgicos¹⁹ e relacionando o nível de LS com o uso de portais informativos disponíveis online²⁰.

Escolaridade e renda tiveram associação com a inadequação do LS na maior parte dos pacientes deste estudo, sendo isto apontado pela literatura independente da ferramenta que se utiliza. Cavanaugh e cols, utilizando o REALM, encontraram 30% de LS limitado em pacientes submetidos a HD (n=480), estando isto associado ao ensino fundamental completo ou inferior ($P<0,001$)¹⁰. Este achado é endossado pelo estudo de Green, realizado nos Estados Unidos com 260 pacientes em HD, que também encontrou associação do letramento inadequado com a baixa educação formal e renda²¹.

Quando a ferramenta utilizada foi o S-TOFHLA, resultados semelhantes foram encontrados por Brice e colaboradores¹¹, em que o LS marginal e inadequado foi constatado em 46% (n=107) dos pacientes em HD, enquanto que, no estudo realizado por Adeseun e cols²², a prevalência foi de 21% de letramento inadequado e as variáveis escolaridade e renda apresentaram significância estatística ($P<0,001$), bem como a modalidade de diálise ($P=0,04$).

Em relação ao nível de letramento na DP, no estudo de Jain, 19% dos pacientes apresentaram letramento inadequado, sendo um pouco acima do encontrado nesta pesquisa²³. Raça e educação formal apresentaram relação com este achado ($P=0,06$ e $P=0,02$, respectivamente)²³. Infelizmente, os poucos estudos que avaliam a população em DP, apresentam os seus resultados conjuntamente com a HD, dificultando a comparação deste estudo com outros achados^{16,24}.

Referente aos transplantados renais, o estudo de Demian e colaboradores, avaliou 96 pacientes, com a ferramenta *Health Literacy Questionnaire*²⁵. Nessa pesquisa, houve associação da baixa adesão medicamentosa com o nível inadequado de LS ($P=0,004$)²⁵. Outro estudo, fomenta que o letramento pode ser utilizado como um preditor para desfechos dos transplantados renais, sugerindo que os profissionais devem considerar a sua avaliação ao conversar com os pacientes sobre o TxR¹². Ainda, tem-se a hipótese de que, quando comparado o nível de LS entre receptores de rins com doador vivo ou falecido, os receptores de doadores falecidos são mais propensos ao LS inadequado, instigando a realização de mais estudos nessa área²⁶.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a renda média mensal dos brasileiros em 2017 foi R\$ 2.112,00²⁷. Embora esta tenha sido a faixa de rendimento mensal mais frequente em nossos resultados, destaca-se que o letramento inadequado esteve associado com a baixa renda, reforçando que, a desigualdade de rendimento, pode corroborar com a disparidade de entendimento²⁸.

Quanto a escolaridade, mais de dois terços dos participantes apresentavam ensino médio completo ou nível superior, porém o LS inadequado foi o mais prevalente na amostra. A relação pronúncia-significado foi desproporcional e, mesmo

com escolaridade superior, a correta associação do significado com os termos pronunciados ocorreu em menor número. Tal achado reforça que, mesmo com escolaridade acima do ensino médio, a avaliação do LS não deve ser eximida, pois os pacientes podem se tornar meros repetidores de vocábulos que estão acostumados a ouvir nos serviços de saúde, não influenciando em nada a sua tomada de decisão e trazendo uma falsa ideia de entendimento das informações que lhe são transmitidas.

A literatura mostra que, em algumas unidades de diálise, a avaliação do LS já foi incorporada à rotina assistencial^{21,23}. Mesmo ciente das demandas diárias, o tempo e a facilidade de aplicação destas ferramentas são pontos positivos. Em nosso estudo a média do tempo para a resposta do instrumento SAHLPA foi quase o dobro do usual (1-2 minutos), entretanto, ainda sim, mostrou-se de fácil e rápida aplicação, considerando que existem outros instrumentos que podem levar de 12 a até 22 minutos para serem respondidos²⁹.

Tem-se como limitações do presente estudo: a verificação do nível de LS dos pacientes submetidos a TRS em apenas uma instituição e a carência de instrumentos que avaliem o LS especificamente em doentes renais crônicos.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa avaliou o nível de LS em pacientes submetidos a HD, DP e TxR. O letramento inadequado foi encontrado na maioria dos pacientes e renda e escolaridade foram associados a esse achado.

Para o êxito das intervenções de Educação em Saúde com os pacientes portadores de DRC, bem como otimização de sua terapia, é fundamental que sejam avaliadas as suas capacidades de entendimento e aplicação das informações que recebem.

Nossos resultados sugerem que o instrumento SAHLPA é uma opção para a verificação do LS em portadores de DRC, sendo de fácil e rápida aplicação. Também, deve-se considerar que, mesmo os pacientes com escolaridade acima do ensino médio devem ser avaliados quando ao seu letramento especificamente na área da saúde, garantindo não apenas uma presença passiva em seu tratamento, mas sim um protagonismo ativo em sua terapia.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes LP, Marins KYM, Carmo HO, Silva SRS, Farias SMC, Silva CFGS. Necessidades de ações educativas-terapêuticas em um serviço de diálise renal no Brasil. *Enfer Nefrol* 2018;21(1):53-62.
2. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Fam Med* 2005;3(6):514-522.
3. Santos MIPO, Portella MR, Scortegagna HDM, Santos PCS. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. *Ver Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(3):651-664.
4. Santos LTM, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *J. Bras. Nefrol* 2012;34(3):293-302.
5. Sgnaolin V, Figueiredo AEPL. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise *J. Bras. Nefrol.* 2012;34(2):109-116.
6. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns* 2009;75(3):411-17.
7. Kalichman SC, Ramachandran B, Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *J Gen Intern Med* 1999;14(5):267-73.
8. Li BDL, Brown WA, Ampil FL, Burton GV, Yu H, McDonald JC. Patient compliance is critical for equivalent clinical outcomes for breast cancer treated by breast-conservation therapy. *Ann Surg* 2000;231(6):883-9.
9. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gasmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007;167:1503-9.
10. Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, Eden S, Shintani A, Wallston KA. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. *J Am Soc Neph* 2010;21(11):1979-1985.
11. Brice JH, Foster MB, Principe S, Moss C, Shofer FS, Falk RJ, DeWalt DA. Single-item or two-item literacy screener to predict the S-TOFHLA among adult hemodialysis patients. *Patient education and counseling* 2014;94(1):71-75.
12. Kazley AS, Hund JJ, Simpson KN, Chavin K, Baliga P. Health literacy and kidney transplant outcomes. *Prog Transplant* 2015;25(1):85-90.
13. Apolinario D, Oliveira RC, Bragal P, Magaldil RM, Bussel AL, Camporal F, et al. Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Rev Saúde Pública* 2012;46(4):702-711.

14. Lee SYD, Bender DE, Ruiz RE, Cho YI. Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. *Health Serv Res* 2006;41(4):1392-412.
15. INAF - Indicador de Alfabetismo Nacional. 2016. Disponível em: <http://ipm.org.br/relatorios>. Acesso em 16.05.2018.
16. Dodson S, Osicka T, Huang L, McMahon LP, Roberts MA. Multifaceted assessment of health literacy in people receiving dialysis: Associations with psychological stress and quality of life. *J Health Commun* 2016;21(2):91-98.
17. Tay JL, Tay, YF, Klainin-Yobas P. Mental health literacy levels. *Arch Psychiatr Nurs* 2018;32(5):757-763.
18. Strijbos RM, Hinnen JW, Haak RFFVD, Verhoeven BAN, Koning OHJ. Inadequate Health Literacy in Patients with Arterial Vascular Disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2018;56(2):239-245.
19. Yim CK, Shumate L, Barnett SH, Leitman M. Health literacy assessment and patient satisfaction in surgical practice. *Ann Med Surg* 2018;35:25-28.
20. Coughlin SS, Stewart JL, Young L, Heboyana V, De Leo G. Health literacy and patient web portals. *Int J Med Inform* 2018;11:43-48.
21. 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* 2013;62(1):73-80.
22. Adeseun GA, Bonney CC, Rosas SE. Health literacy associated with blood pressure but not other cardiovascular disease risk factors among dialysis patients. *J Clin Hypertens* 2012;25(3):348-353.
23. Jain D, Sheth H, Green JA, Bender FH, Weisbord SD. Health literacy in patients on maintenance peritoneal dialysis: prevalence and outcomes *Perit Dial Int*. 2015;35(1):96-98.
24. Lambert K, Mullan J, Mansfield K, Lonergan M. A cross-sectional comparison of health literacy deficits among patients with chronic kidney disease. *J Health Commun* 2015;20(2):16-23.
25. Demian MN, Shapiro RJ, Thornton WL. An observational study of health literacy and medication adherence in adult kidney transplant recipients. *NDT Plus* 2016;9(6):858-865.
26. Dageforde LA, Petersen AW, Feurer ID, Cavanaugh KL, Harms KA, Ehrenfeld JM, et al. Health literacy of living kidney donors and kidney transplant recipients. *Transplant* 2014;98(1):88.
27. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>. Acessado em 20.10.2018.

28. Salvato MA, Ferreira PCG, Duarte AJM. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Estud Econ* 2010;40(4):753-791.
29. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* 1999;38(1):33-42.

Tabela 1. Descrição de acertos e erros dos participantes, por palavra, do instrumento *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults* (SAHLPA – 18) (N=138).

| Palavras do instrumento SAHLPA | Pronúncia N (%) | Associação N (%) | Total N (%) |
|---|----------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Osteoporose | 102 (73,9) | 135 (97,8) | 101 (73,2) |
| Papanicolau | 113 (81,9) | 116 (84,1) | 97 (70,3) |
| Aborto | 136 (98,6) | 131 (94,9) | 129 (93,5) |
| Hemorroida | 118 (85,5) | 127 (92,0) | 113 (81,9) |
| Anormal | 135 (97,8) | 119 (86,2) | 117 (84,8) |
| Menstrual | 131 (94,9) | 131 (94,9) | 126 (91,3) |
| Comportamento | 135 (97,8) | 124 (89,9) | 123 (89,1) |
| Convulsão | 129 (93,5) | 135 (97,8) | 126 (91,3) |
| Retal | 135 (97,8) | 119 (86,2) | 117 (84,8) |
| Apêndice | 101 (73,2) | 119 (86,2) | 93 (67,4) |
| Artrite | 125 (90,6) | 110 (79,7) | 103 (74,6) |
| Cafeína | 134 (97,1) | 127 (92,0) | 124 (89,9) |
| Colite | 128 (92,8) | 94 (68,1) | 91 (65,9) |
| Vesícula biliar | 115 (83,3) | 114 (82,6) | 101 (73,2) |
| Icterícia | 75 (54,3) | 87 (63,0) | 54 (39,1) |
| Próstata | 114 (82,6) | 112 (81,2) | 99 (71,7) |
| Incesto | 98 (71,0) | 91 (65,9) | 69 (50,0) |
| Testículo | 129 (93,5) | 99 (71,7) | 94 (68,1) |

Tabela 2. Características sociodemográficas gerais e de acordo com o letramento em saúde de pacientes atendidos no Serviço de Nefrologia de Hospital Universitário de Porto Alegre – RS (N=138).

| Características sociodemográficas | N (%) | Letramento | | P |
|-----------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|--------|
| | | Adequado N=67 N (%) | Inadequado N=71 N (%) | |
| Idade em anos (média±DP) | 52,0±15,5 | 49,5±14,3 | 54,4±16,3 | 0,060 |
| Faixa etária em anos | | | | |
| <65 | 105 (76,1) | 54 (80,6) | 51 (71,8) | 0,228 |
| ≥65 | 33 (23,9) | 13 (19,4) | 20 (28,2) | |
| Gênero | | | | |
| Masculino | 80 (58,0) | 37 (55,2) | 43 (60,6) | 0,525 |
| Feminino | 58 (42,0) | 30 (44,8) | 28 (39,4) | |
| Cor | | | | |
| Branco | 89 (64,5) | 46 (68,7) | 43 (60,6) | 0,457 |
| Negro | 18 (13,0) | 9 (13,4) | 9 (12,7) | |
| Pardo | 31 (22,5) | 12 (17,9) | 19 (26,8) | |
| Escolaridade | | | | |
| Fundamental incompleto | 23 (16,7) | 3 (4,5) | 20 (28,2) | <0,001 |
| Fundamental completo | 28 (20,3) | 5 (7,5) | 23 (32,4) | |
| Médio incompleto | 11 (8,0) | 9 (13,4) | 2 (2,8) | |
| Médio completo | 59 (42,8) | 36 (53,7) | 23 (32,4) | |
| Superior | 17 (12,3) | 14 (20,9) | 3 (4,2) | |
| Renda mensal em salários mínimos | | | | |
| ≤Um | 46 (33,3) | 16 (23,9) | 30 (42,3) | 0,002 |
| 2 a 5 | 68 (49,3) | 32 (47,8) | 36 (50,7) | |
| >5 | 24 (17,4) | 19 (28,4) | 5 (7,0) | |

Teste T de Student para comparação de médias e Teste Qui-quadrado para associação entre medidas categóricas. Salário mínimo: R\$ 954,00.

ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo ao Jornal Brasileiro de Nefrologia

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Brazilian Journal of Nephrology

Manuscript ID

JBN-2018-0220

Title

LETRAMENTO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Authors

da Rocha, Késia

Figueiredo, Ana Elizabeth

Date Submitted

02-Nov-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

ANEXO B – Instruções de aplicação do instrumento *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking adults* (SAHLPA-18)

**SHORT ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY FOR PORTUGUESE-SPEAKING ADULTS
(SAHLPA-18)
Instruções para o Examinador**

O SAHLPA-18 avalia habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns. O teste pode ser utilizado por profissionais de saúde ou pesquisadores para estimar o nível de **alfabetismo em saúde** de adultos. A administração deve ser realizada com cartões impressos contendo o termo médico em negrito acima e as duas palavras de associação abaixo.

Instruções para o Examinador:

1. Antes de iniciar tenha os cartões de estímulo e o formulário de aplicação para anotar as respostas.
2. Diga:
Agora eu vou te mostrar alguns cartões com 3 palavras. Primeiro eu quero que você leia a palavra de cima em voz alta. Então eu vou ler as duas palavras de baixo e quero que você me diga qual delas está mais relacionada com a de cima. Se você não souber a resposta diga “não sei” – não tente adivinhar.
3. Mostre o primeiro cartão.
4. Diga:
Agora, por favor, leia a palavra de cima em voz alta.
5. Em seguida leia as duas palavras de associação e diga:
Qual dessas duas palavras está mais relacionada com a de cima? Se você não sabe a resposta, por favor diga “não sei”.
6. Repita as instruções nos itens subsequentes até que o paciente esteja confortável com o procedimento.
7. O item é considerado correto apenas quando o paciente acerta a pronúncia e a associação. Cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18.
8. Um escore entre 0 e 14 sugere alfabetismo em saúde **inadequado**.

| PALAVRA PRINCIPAL | PALAVRAS DE ASSOCIAÇÃO | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSE | <input type="checkbox"/> OSSO | <input type="checkbox"/> músculo | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 2. <input type="checkbox"/> PAPANICOLAOU | <input type="checkbox"/> TESTE | <input type="checkbox"/> vacina | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 3. <input type="checkbox"/> ABORTO | <input type="checkbox"/> matrimônio | <input type="checkbox"/> PERDA | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 4. <input type="checkbox"/> HEMORROIDA | <input type="checkbox"/> VEIAS | <input type="checkbox"/> coração | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 5. <input type="checkbox"/> ANORMAL | <input type="checkbox"/> similar | <input type="checkbox"/> DIFERENTE | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 6. <input type="checkbox"/> MENSTRUAL | <input type="checkbox"/> MENSAL | <input type="checkbox"/> diário | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 7. <input type="checkbox"/> COMPORTEAMENTO | <input type="checkbox"/> pensamento | <input type="checkbox"/> CONDUTA | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 8. <input type="checkbox"/> CONVULSÃO | <input type="checkbox"/> TONTO | <input type="checkbox"/> tranquilo | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 9. <input type="checkbox"/> RETAL | <input type="checkbox"/> regador | <input type="checkbox"/> SUPOSITÓRIO | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 10. <input type="checkbox"/> APÊNDICE | <input type="checkbox"/> coceira | <input type="checkbox"/> DOR | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 11. <input type="checkbox"/> ARTRITE | <input type="checkbox"/> estômago | <input type="checkbox"/> ARTICULAÇÃO | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 12. <input type="checkbox"/> CAFEÍNA | <input type="checkbox"/> ENERGIA | <input type="checkbox"/> água | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 13. <input type="checkbox"/> COLITE | <input type="checkbox"/> INTESTINO | <input type="checkbox"/> bexiga | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 14. <input type="checkbox"/> VESÍCULA BILIAR | <input type="checkbox"/> artéria | <input type="checkbox"/> ÓRGÃO | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 15. <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA | <input type="checkbox"/> AMARELO | <input type="checkbox"/> branco | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 16. <input type="checkbox"/> PRÓSTATA | <input type="checkbox"/> circulação | <input type="checkbox"/> GLÂNDULA | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 17. <input type="checkbox"/> INCESTO | <input type="checkbox"/> FAMÍLIA | <input type="checkbox"/> vizinhos | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 18. <input type="checkbox"/> TESTÍCULO | <input type="checkbox"/> óvulo | <input type="checkbox"/> ESPERMA | <input type="checkbox"/> Não sei |

ANEXO C – Cartões de estímulo para a aplicação do instrumento *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking adults (SAHLPA-18)*

01

OSTEOPOROSE

OSSO

MÚSCULO

02

PAPANICOLAOU

TESTE

VACINA

03

ABORTO**MATRIMÔNIO****PERDA**

04

HEMORROIDA**VEIAS****CORAÇÃO**

05

ANORMAL

SIMILAR

DIFERENTE

06

MENSTRUAL

MENSAL

DIÁRIO

07

COMPORTAMENTO

PENSAMENTO

CONDUTA

08

CONVULSÃO

TONTO

TRANQUILO

09

RETAL
REGADOR
SUPOSITÓRIO

10

APÊNDICE
COCEIRA
DOR

⑪

ARTRITE

ESTÔMAGO

ARTICULAÇÃO

⑫

CAFEÍNA

ENERGIA

ÁGUA

⑬

COLITE
INTESTINO
BEXIGA

⑭

VESÍCULA BILIAR
ARTÉRIA
ÓRGÃO

⑮

ICTERÍCIA

AMARELO

BRANCO

⑯

PRÓSTATA

CIRCULAÇÃO

GLÂNDULA

⑰

INCESTO

FAMÍLIA

VIZINHOS


⑱

TESTÍCULO

ÓVULO

ESPERMA

ANEXO D – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

| | |
|--|--|
| Orientação temporal (5 pontos) | Qual a hora aproximada? |
| | Em que dia da semana estamos? |
| | Que dia do mês é hoje? |
| | Em que mês estamos? |
| | Em que ano estamos? |
| Orientação espacial (5 pontos) | Em que local estamos? |
| | Que local é este aqui? |
| | Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui? |
| | Em que cidade nós estamos? |
| | Em que estado nós estamos? |
| Registro (3 pontos) | Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO |
| Atenção e cálculo (5 pontos) | Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$ |
| Memória de evocação (3 pontos) | Quais os três objetos perguntados anteriormente? |
| Nomear 2 objetos (2 pontos) | Relógio e caneta |
| REPETIR (1 ponto) | “Nem aqui, nem ali, nem lá” |
| Comando de estágios (3 pontos) | Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão |
| Escrever uma frase completa (1 ponto) | Escrever uma frase que tenha sentido |
| Ler e executar (1 ponto) | Feche seus olhos |
| Copiar diagrama (1 ponto) | <p>Copiar dois pentágonos com interseção</p>  |

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto JH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

ANEXO E – 36-Item Short-Form (SF-36)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

| | | | | |
|-----------|-----------|-----|------|------------|
| Excelente | Muito Boa | Boa | Ruim | Muito Ruim |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

| | | | | |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| Muito Melhor | Um Pouco Melhor | Quase a Mesma | Um Pouco Pior | Muito Pior |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

| Atividades | Sim, dificulta muito | Sim, dificulta um pouco | Não, não dificulta de modo algum |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 |
| c) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| d) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e) Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g) Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde

física?

| | Sim | Não |
|---|------------|------------|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades. | 1 | 2 |
| d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra). | 1 | 2 |

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como conseqüência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

| | Sim | Não |
|---|------------|------------|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. | 1 | 2 |

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

| Nenhum | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito grave |
|---------------|-------------------|-------------|-----------------|--------------|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

| De maneira alguma | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|-------------------|----------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

| | Todo Tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Algu ma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nu nca |
|--|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

| Todo Tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------------|------------------------------|
| a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO F – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO SOBRE O NÍVEL DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DOS PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Pesquisador: Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 71565217.1.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.704.709

Apresentação do Projeto:

O CEP-PUCRS apreciou e aprovou os seguintes documentos referentes ao estudo "ESTUDO SOBRE O NÍVEL DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DOS PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA":

- Protocolo do estudo com alterações marcadas;
- Protocolo do estudo finalizado;
- Protocolo de aplicação do instrumento SAHLPA-18;
- Cartões com as palavras utilizadas na ferramenta SAHLPA-18.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar o impacto do nível de letramento funcional em saúde, associado aos aspectos cognitivos, na adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida dos pacientes submetidos a terapia renal substitutiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Riscos mínimos, podendo apenas estar associados ao constrangimento gerado por algumas questões mais pessoais.

Benefícios: Entender o grau de letramento dos pacientes para desenvolver material educativo de acordo com o letramento.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puhrs.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 2.704.709

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa que visa avaliar o impacto do nível de letramento funcional em saúde, associado aos aspectos cognitivos, na adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida dos pacientes submetidos a terapia renal substitutiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados e adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções n° 466 de 2012, n° 510 de 2016 e Norma Operacional n° 001 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), manifesta-se pela aprovação da emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1141117_E2.pdf | 22/05/2018 09:43:39 | | Aceito |
| Outros | PUCRS_LetramentoEmSaude_S AHLPA 18 InstrucoesParaAplicacao.pdf | 22/05/2018 09:41:38 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Outros | PUCRS_LetramentoEmSaude_S AHLPA 18 InstrucoesParaAplicacao.docx | 22/05/2018 09:41:18 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Outros | PUCRS_LetramentoEmSaude_S AHLPA 18 Cartoes.pdf | 22/05/2018 09:40:59 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Outros | PUCRS_LetramentoEmSaude_S AHLPA 18 Cartoes.docx | 22/05/2018 09:40:33 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PUCRS_LetramentoEmSaude_Projeto_f inal.pdf | 22/05/2018 09:40:09 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PUCRS_LetramentoEmSaude_Projeto_f inal.doc | 22/05/2018 09:39:55 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PUCRS_LetramentoEmSaude_Projeto_ AlteracoesDestacadas.doc | 22/05/2018 09:39:43 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Outros | PUCRS_LetramentoEmSaude_Docume ntoUnificado_Adendo_ComissaoCientific a.pdf | 22/05/2018 09:39:30 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Outros | PUCRS_LetramentoEmSaude_CartaAp | 22/05/2018 | KESIA TOMASI DA | Aceito |

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon CEP: 90.619-900

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.704.709

| | | | | |
|--|---|------------------------|--|--------|
| Outros | resentacao.pdf | 09:39:09 | ROCHA | Aceito |
| Outros | PUCRS_LetramentoEmSaude_CartaApresentacao.doc | 22/05/2018 09:38:52 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PUCRS_EscMedicina_ProjetoDePesquisa_com_alteracoes_marcadas.doc | 15/01/2018 17:11:42 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PUCRS_EscMedicina_ProjetoDePesquisa_final.doc | 15/01/2018 17:11:25 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PUCRS_EscMedicina_ProjetoDePesquisa_final.pdf | 15/01/2018 17:11:08 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Outros | PUCRS_EscMedicina_CartaDoInvestigador.pdf | 15/01/2018 17:10:47 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Outros | PUCRS_EscMedicina_CartaDoInvestigador.doc | 15/01/2018 17:10:27 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | PUCRS_EscMed_CartaDoInvestigador.doc | 11/08/2017 10:53:54 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Cronograma | PUCRS_Letramento_Cronograma.doc | 07/08/2017 14:45:24 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Cronograma | PUCRS_Letramento_Cronograma.pdf | 07/08/2017 14:45:16 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | PUCRS_Letramento_TCLE.doc | 07/08/2017 14:45:06 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | PUCRS_Letramento_TCLE.pdf | 07/08/2017 14:44:55 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | PUCRS_EscMed_CartaDoInvestigador.pdf | 07/08/2017 14:44:42 | KESIA TOMASI DA ROCHA | Aceito |
| Outros | carta_apresentacao.pdf | 10/07/2017 08:47:53 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Chefe_do_servico.pdf | 12/06/2017 22:49:27 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |
| Outros | Documento_Unificado.pdf | 12/06/2017 22:48:43 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |
| Outros | lattes.pdf | 12/06/2017 22:47:42 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.pdf | 12/06/2017 22:45:11 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |
| Outros | Carta_de_Aprovacao_CC.pdf | 12/06/2017 22:41:22 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / | Apendice_A_TCLE.pdf | 12/06/2017 22:40:04 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.704.709

| | | | | |
|---|---------------------|------------------------|--|--------|
| Justificativa de Ausência | Apendice_A_TCLE.pdf | 12/06/2017 22:40:04 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_KR_0606.pdf | 12/06/2017 22:39:39 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 12/06/2017 22:38:56 | Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Junho de 2018

Assinado por:

Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br