

Millenium, 2(ed espec. nº9), 179-187.

pt

NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE NOS DOENTES RENAI CRÓNICOS EM ESTADIO 4 E 5 E SEUS PREDITORES
HEALTH LITERACY LEVELS IN STAGE 4 AND 5 CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS AND THEIR PREDICTORS
NIVELES DE LITERACIA PARA LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESTADIO 4 Y 5 Y SUS PREDICTORES

Carolina Costa¹  <https://orcid.org/0000-0002-3266-662X>

Olivério Ribeiro²  <https://orcid.org/0000-0001-7396-639X>

Eduardo Santos²  <https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>

¹ Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Portugal. Health School of the Polytechnic Institute of Viseu, Portugal.

² Health School of the Polytechnic Institute of Viseu, Viseu, Portugal | Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E), Nursing School of Coimbra, Copimbra, Portugal.

Carolina Costa - carolinaitcosta@gmail.com | Olivério Ribeiro - oliverioribeiro@hotmail.com | Eduardo Santos - ejf.santos87@gmail.com



Autor Correspondente

Carolina Isabel Teixeira Dos Santos Costa

Rua do Fontelo Lote 3 1º Esquerdo, Bairro Santa Eulália R. D.

3500-033 Viseu - Portugal

carolinaitcosta@gmail.com

RECEBIDO: 10 de julho de 2021

ACEITE: 31 de agosto de 2021

RESUMO

Introdução: A literacia em saúde melhora a saúde das populações e permite uma melhor utilização dos serviços. Esta dimensão dos resultados em saúde assume particular relevo quando aplicada à gestão da doença crónica, pelo potencial de impacto que a mesma tem na morbimortalidade e na qualidade de vida.

Objetivo: Identificar os níveis e determinar os preditores de literacia em saúde nos doentes com doença renal crónica.

Métodos: Estudo não-experimental, quantitativo, transversal e de carácter descritivo-correlacional, realizado na Consulta de Esclarecimento da Unidade de Diálise do Centro Hospitalar Tondela Viseu. A análise dos dados teve por base estatística descritiva e foi realizado um modelo de regressão linear multivariado com recurso ao método *Forward*.

Resultados: Foram incluídos 125 doentes, maioritariamente do género masculino (65,4%), com uma idade média de 63,46 anos ($\pm 14,64$ anos). Prevalencem os doentes com literacia em saúde problemática (35,5%), seguindo-se os que revelam literacia em saúde inadequada (31,5%). Nas mulheres prevalecem níveis mais elevados de literacia em saúde inadequada (36,4%) e, nos homens, de literacia em saúde problemática (36,2%). As habilitações literárias e o género são preditores da literacia em saúde com efeitos positivos moderados a baixos ($\beta=0,47$ e $\beta=0,13$, respetivamente) e a idade com efeitos negativos baixos ($\beta=-0,20$).

Conclusão: Considera-se imprescindível a implementação de estratégias que promovam mais literacia em saúde em pessoas com doença renal crónica, em particular nas mulheres e doentes com menores habilitações literárias e maior idade, para que se possam atingir melhores resultados na sua saúde.

Palavras-chave: letramento em saúde; insuficiência renal crónica; doença crónica; estudo observacional

ABSTRACT

Introduction: Health literacy improves population health and enables better use of services. This dimension of health outcomes is particularly relevant when applied to chronic disease management, due to its potential impact on morbidity and mortality and quality of life.

Objective: To identify the levels and determine the predictors of health literacy in patients with chronic kidney disease.

Methods: A non-experimental, quantitative, cross-sectional descriptive-correlational study was conducted at the Clarification Consultation of the Dialysis Unit of the Centro Hospitalar Tondela Viseu. Data analysis was based on descriptive statistics and a multivariate linear regression model was performed using the Forward method.

Results: We included 125 patients, mostly males (65.4%), with a mean age of 63.46 years (± 14.64 years). Problematic health literacy prevails (35.5%), followed by inadequate health literacy (31.5%). Higher levels of inadequate health literacy (36.4%) prevail among females, and problematic health literacy (36.2%) among males. Education and gender are predictors of health literacy with moderate to low positive effects ($\beta=0.47$ and $\beta=0.13$, respectively) and age with low negative effects ($\beta=-0.20$).

Conclusion: The implementation of strategies that promote more health literacy in people with chronic kidney disease, particularly women and patients with lower educational attainment and older age, is considered essential to achieve better health outcomes.

Keywords: health literacy; renal insufficiency, chronic; chronic disease; observational study

RESUMEN

Introducción: La literacia para la salud mejora la salud de las poblaciones y permite un mejor uso de los servicios. Esta dimensión de los resultados sanitarios es especialmente relevante cuando se aplica a la gestión de las enfermedades crónicas, debido a su potencial impacto en la morbilidad y mortalidad y en la calidad de vida.

Objetivo: Identificar los niveles y determinar los predictores de la literacia para la salud en pacientes con enfermedad renal crónica.

Métodos: Se realizó un estudio no experimental, cuantitativo, transversal descriptivo-correlacional en la Consulta de Clarificación de la Unidad de Diálisis del Centro Hospitalar Tondela Viseu. El análisis de los datos se basó en la estadística descriptiva y se realizó un modelo de regresión lineal multivariante mediante el método Forward.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes, en su mayoría hombres (65,4%), con una edad media de 63,46 años ($\pm 14,64$ años). Prevalencen los conocimientos sanitarios problemáticos (35,5%), seguidos de los conocimientos sanitarios inadecuados (31,5%). Las mujeres tenían mayores niveles de conocimientos sanitarios inadecuados (36,4%) y los hombres tenían mayores niveles de conocimientos sanitarios problemáticos (36,2%). La educación y el género son predictores de la alfabetización sanitaria con efectos positivos entre moderados y bajos ($\beta=0,47$ y $\beta=0,13$, respectivamente) y la edad con efectos negativos bajos ($\beta=-0,20$).

Conclusión: La aplicación de estrategias que promuevan una mayor literacia para la salud en las personas con enfermedad renal crónica, en particular las mujeres y los pacientes con menor nivel educativo y mayor edad, se considera esencial para lograr mejores resultados de salud.

Palabras clave: alfabetización en salud; insuficiencia renal crónica; enfermedad crónica; estudio observacional

INTRODUÇÃO

A doença renal crónica (DRC) é considerada um problema de saúde pública e um desafio à escala mundial (Silva et al., 2020). Na última década tem-se registado um aumento significativo de casos de DRC, em distintos contextos, estando relacionado com o envelhecimento da população e com a melhoria da expectativa de vida (Marinho et al., 2017). A hipertensão arterial, a diabetes e a glomerulonefrite primária constituem-se como as principais causas de DRC, mas as disparidades socioeconómicas, raciais e de género também se configuram como fatores determinantes.

Nos países desenvolvidos estima-se uma prevalência da DRC entre 10 a 13% na população adulta, enquanto que, nos países em desenvolvimento prevalece uma limitação e heterogeneidade nos dados de prevalência, não permitindo uma estimativa (Marinho et al., 2017). É expectável que a prevalência de DRC nos adultos com idade superior a 30 anos aumente 16,7% em 2030, no caso concreto nos Estados Unidos. Portugal apresenta uma tendência de crescimento anual de DRC5 D ou T (DRC estadio 5 em diálise ou transplantação) superior à média dos países da OCDE, evidenciando as taxas mais elevadas de incidência e prevalência de DRC5 D ou T da Europa (226,7 por milhão de população-pmp e 1824,4 pmp respetivamente em 2015). Segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2020), em 2019 iniciaram diálise ou foram submetidos a transplante renal, um total de 2673 doentes.

Em Portugal, existe uma Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS, Norma 017/2011, atualizada a 14/06/2012), que estabelece que em cada serviço hospitalar de nefrologia tem de existir uma consulta para o esclarecimento do doente sobre as diversas modalidades de tratamento DRC5. O doente renal crónico deve ser referenciado de forma atempada à consulta de esclarecimento, ou seja, a partir do estadio 4 da doença renal. A implementação desta norma preconiza uma equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro tem um papel primordial. A sua importância é fulcral, pois é neste momento que o doente é informado e o seu comportamento depende muito da sua literacia em saúde e do conhecimento prévio da doença (Silva et al., 2020).

A literacia em saúde (LS) foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998, como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação, de forma a promover e manter um bom estado de saúde. Implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, mediante mudanças de estilo e condições de vida. (OMS, 1998)

O aumento da literacia para a saúde é favorável ao exercício de uma cidadania em saúde, construtiva da sustentabilidade, ambiental, social e cultural. Neste âmbito, o modelo renasceres[®], contribui para a discussão de boas práticas em saúde e representa um domínio de intervenção que, numa perspetiva salutogénica, acentua a progressão da pessoa rumo ao polo de máxima funcionalidade (Saboga-Nunes, Freitas, Cunha, 2016).

A Estratégia Nacional de Literacia em Saúde em Portugal, para além de abranger diferentes dimensões da literacia em saúde, abarca a pessoa e os sistemas de saúde, apresentando oportunidades estratégicas de intervenção em contextos associados com diferentes determinantes da saúde (Costa et al., 2019). Em conformidade com a Arriaga et al. (2019, p.7), “as abordagens em Literacia devem contemplar as especificidades de cada estadio de desenvolvimento, sendo a Literacia em Saúde uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida”. Seguindo este princípio orientador da Direção-Geral da Saúde, a LS e a comunicação clara entre os profissionais de saúde e os doentes, no caso com DRC, são fundamentais para melhorar a sua saúde e qualidade dos cuidados prestados, bem como para os informar atempadamente sobre a doença e as diferentes modalidades de tratamento.

A literatura atual sugere que a LS é um fator importante no cuidado a pessoas com DRC e pode influenciar o impacto da doença no doente e seus familiares, e a adoção de comportamentos saudáveis. Níveis baixos de LS são comuns entre os doentes com DRC, sobretudo em estadio terminal e têm sido associados a menos conhecimentos sobre a função renal e a diálise. Entre estes doentes, níveis mais elevados de LS têm sido associados a uma maior participação em comportamentos de autogestão, como a adesão à terapêutica (Wong et al., 2018). A corroborar, Stømer et al. (2019) referem que cerca de 25% dos doentes com DRC possuem níveis baixos de LS, o que pode reduzir a autogestão do tratamento e daí advirem piores resultados clínicos. Ao afetar, de forma desproporcional, pessoas com baixo *status* socioeconómico, uma baixa LS pode promover iniquidade em saúde. Neste sentido, os objetivos deste estudo consistem em identificar os níveis de LS nos doentes com DRC; e determinar os preditores de LS em doentes com DRC.

1. MÉTODOS

1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo não-experimental, quantitativo, transversal e de carácter descritivo-correlacional, realizado na Consulta de Esclarecimento da Unidade de Diálise do Centro Hospitalar Tondela Viseu.

1.2 Amostra/ participantes

A amostra, não probabilística por conveniência, contou com 125 doentes, que representam 30,48% da população, tendo em conta que recorreram à consulta 410 doentes, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020. Os critérios de inclusão foram:

doentes com DRC em estadio 4 e 5; comparência em Consulta de Esclarecimento da Unidade de Diálise do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e que previamente aceitaram participar de forma voluntária no estudo.

1.3 Colheita de dados e instrumentos

A recolha de dados foi realizada com aplicação de um protocolo constituído por um questionário *ad hoc* sociodemográfico e clínico, bem como pelo Questionário *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) traduzido e validado para Portugal por Pedro et al. (2016).

Os dados foram colhidos entre o mês de abril e junho de 2021 com recurso a entrevista telefónica ou presencial. A entrevistadora iniciava a entrevista com a apresentação do estudo e a importância da participação no mesmo, referindo que o mesmo era confidencial e anónimo. O consentimento informado foi assinado nas entrevistas presenciais, nas entrevistas telefónicas, foi pedido consentimento, verbal antes do início da entrevista.

O HLS-EU é um instrumento que permite avaliar o nível literacia em saúde. A opção por este instrumento de avaliação resultou de uma apurada revisão da literatura na área temática e porque este já foi incluído em Portugal no consórcio *Health Literacy Survey-EU*, coordenado pela Universidade de Maastricht. Este instrumento é constituído por 47 questões, desenhadas de acordo com um modelo conceitual que integra 3 domínios muito importantes da saúde – cuidados de saúde (16 questões), promoção da saúde (16 questões) e prevenção da doença (15 questões) – e 4 níveis de processamento da informação – acesso, compreensão, avaliação e utilização – essenciais à tomada de decisão. A combinação destes domínios com os níveis resulta numa matriz de análise de literacia em saúde com 12 sub-índices que são operacionalizados nas 47 questões do instrumento. Através de uma escala de 4 valores (“muito fácil” ao “muito difícil”), o respondente indica o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. As 47 questões, agrupadas nos 3 domínios e 4 níveis de processamento da informação, permitem categorizar grupos de literacia em saúde em conformidade com pontos de corte. Para garantir o cálculo correto dos índices e assegurar a comparação entre eles, os 4 índices calculados são uniformizados numa escala métrica variável entre 0-50, onde 0 é o mínimo possível e 50 o máximo possível, de literacia em saúde. Para os 4 níveis são identificados os seguintes pontos de corte: scores iguais ou inferiores a 25 pontos= literacia em saúde inadequada; scores entre 25-33 pontos = literacia em saúde problemática; scores entre 33-42= literacia em saúde suficiente; e scores entre 42-50 = literacia em saúde excelente. É de idêntica importância referir que este é um instrumento que avalia a literacia em saúde por autopercepção (Pedro et al., 2016).

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (N.º 10/05//03/202) no dia 05 de março de 2021.

1.4 Análise estatística

O tratamento de dados foi realizado com recurso ao software IBM SPSS Statistics, versão 23.0. Os dados foram explorados através de estatística descritiva recorrendo a frequências absolutas e percentuais e a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação - CV, entre outros). Assumiu-se que existia uma dispersão baixa quando $CV \leq 15\%$, moderada quando $15\% < CV \leq 30\%$ e alta quando $CV > 30\%$ (Pestana, & Gajero, 2008). A análise da consistência interna foi realizada através do *Alpha de Cronbach* cujos valores são interpretados como muito boa $> 0,9$, boa entre 0,8 e 0,9, razoável entre 0,7 e 0,8, fraca entre 0,6 e 0,7 e por fim, inadmissível $< 0,6$ (Pestana, & Gajero, 2008). Por fim, o estudo dos preditores foi realizado através de um modelo de regressão linear multivariado com recurso ao método *Forward*. Todas as variáveis sociodemográficas e clínicas foram incluídas no modelo. Apenas foram retidas as variáveis estatisticamente significativas ($p=0,05$). Antes desta análise, os pressupostos de normalidade e multicolinearidade foram confirmados. O teste de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,19$), o achatamento (0,004) e curtose (1,25) atestam que não existe nenhuma violação da normalidade univariada e multivariada (Pestana, & Gajero, 2008).

2. RESULTADOS

A amostra contou com 125 doentes, maioritariamente do sexo masculino (65,4%; $n=69$), com uma idade mínima de 22 anos e uma máxima de 93 anos, ao que corresponde uma idade média de 63,46 anos ($\pm 14,64$ anos). A dispersão assume-se como moderada (Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos doentes segundo o género.

Género	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	56	22	93	61,05	16,49	27,01	-1,11	-0,95
Masculino	69	35	88	65,41	12,75	19,49	-1,17	-1,12
Total	125	22	93	63,46	14,64	23,06	-2,09	-0,85

Quanto à caracterização sociodemográfica verifica-se que prevalecem os doentes casados/união de facto (67,2%; n=84), com escolaridade equivalente a 4 anos de escolaridade completos (4ª classe) (33,6%; n=42). A maioria dos doentes coabita com o cônjuge (44,0%; n=55) e residem em meio rural (79,2%; n=99). Predominantemente os doentes encontram-se reformados (42,4%; n=53) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos doentes em função do género.

Variáveis	Género		Total			
	Feminino n (56)	% (44,8)	Masculino n (69)	% (55,2)	n (125)	% (100,0)
Estado civil						
Solteiro(a)	7	12,5	4	5,8	11	8,8
Viúvo(a)	11	19,6	7	10,1	18	14,4
Casado(a)/União de facto	33	58,9	51	73,9	84	67,2
Divorciado(a)/separado(a)	5	8,9	7	10,1	12	9,6
Habilitações literárias						
Analfabeto (ou não frequentou a escola)	6	10,7	0	0,0	6	4,8
<4 anos de escolaridade	11	19,6	11	15,9	22	17,6
4 anos de escolaridade completos (4ª classe)	13	23,2	29	42,0	42	33,6
4 a 9 anos de escolaridade	6	10,7	15	21,7	21	16,8
Ensino secundário	15	26,8	4	5,8	19	15,2
Ensino superior	5	8,9	10	14,5	15	12,0
Agregado familiar						
Sozinho	9	16,1	10	14,5	19	15,2
Cônjuge	22	39,3	33	47,8	55	44,0
Filho	9	16,1	3	4,3	12	9,6
Outros familiares	3	5,4	7	10,1	10	8,0
Outro não familiares	2	3,6	2	2,9	4	3,2
Cônjuge e filhos	11	19,6	14	20,3	25	20,0
Zona de residência						
Rural	45	80,4	54	78,3	99	79,2
Urbana	11	19,6	15	21,7	26	20,8
Profissão						
Profissões das Forças Armadas	1	1,8	1	1,4	2	1,6
Representantes do Poder Legislativo	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	4	7,1	5	7,2	9	7,2
Técnicos e Profissões de Nível Intermédio Pessoal Administrativo	3	5,4	4	5,8	7	5,6
Pessoal administrativo	1	1,8	3	4,3	4	3,2
Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	2	3,6	2	2,9	4	3,2
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta	1	1,8	7	10,1	8	6,4
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	4	7,1	6	8,7	10	8,0
Trabalhadores não-qualificados	12	21,4	6	8,7	18	14,4
Desempregado	6	10,7	3	4,3	9	7,2
Reformado	22	39,3	31	44,9	53	42,4
Total	56	100,0	69	100,0	125	100,0

Em relação ao tempo em que os doentes são seguidos na consulta de nefrologia, os dados indicam um mínimo e um máximo a oscilarem entre zero anos e 20 anos, com uma média de 4,63 anos ($\pm 4,80$ anos). No que se refere às doenças associadas, constata-se que mais de metade dos doentes sofre de hipertensão (60,8%; n=76), seguindo-se a diabetes (40,8%; n=51). Apenas 17,6% (n=22) dos doentes já realizou algum tratamento Substitutivo da Função Renal, dos quais 21 realizaram hemodiálise. Todos os doentes mencionaram ter sido informados das diferentes técnicas de substituição da função renal na consulta, cuja opção dialítica mais escolhida foi a hemodiálise (67,2%; n=84), seguida da diálise peritoneal (26,4%; n=33). A sua escolha foi respeitada (100,0%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização clínica dos doentes em função do género.

Variáveis	Género		Total			
	Feminino nº (56)	% (44,8)	Masculino nº (69)	% (55,2)	nº (125)	% (100,0)
Diabetes						
Não	34	60,7	40	58,0	74	59,2
Sim	22	39,3	29	42,0	51	40,8
Hipertensão						
Não	27	48,2	22	31,9	49	39,2

Variáveis	Género		Total			
	Feminino	Masculino	nº	%		
	nº (56)	% (44,8)	nº (69)	% (55,2)	nº (125)	% (100,0)
Glomerulonefrites	29	51,8	47	68,1	76	60,8
Doença Poliquística	53	94,6	65	94,2	118	94,4
Insuficiência Cardíaca	3	5,4	4	5,8	7	5,6
Insuficiência Respiratória	49	87,5	61	88,4	110	88,0
Obesidade	7	12,5	8	11,6	15	12,0
Outras	48	85,7	61	88,4	109	87,2
Ter alguém na família ou conhecido que realize Tratamento Substitutivo função Renal	8	14,3	8	11,6	16	12,8
Se sim, qual o Tratamento Substitutivo função Renal	56	100,0	68	98,6	124	99,2
Opção dialítica escolhida	0	0,0	1	1,4	1	0,8
Hemodialise	44	78,6	57	82,6	101	80,8
Dialise peritoneal	12	21,4	12	17,4	24	19,2
Transplante renal	46	82,1	59	85,5	105	84,0
Transplante renal dador vivo	10	17,9	10	14,5	20	16,0
Tratamento médico conservador	43	76,8	60	87,0	103	82,4
Total	13	23,2	9	13,0	22	17,6
	44	78,6	60	87,0	104	83,2
	12	21,4	9	13,0	21	16,8
	12	100,0	8	80,0	20	90,9
	0	0,0	2	20,0	2	9,1
	36	64,3	48	69,6	84	67,2
	16	28,6	17	24,6	33	26,4
	2	3,6	1	1,4	3	2,4
	2	3,6	3	4,3	5	4,0
Total	56	100,0	69	100,0	125	100,0

Quanto aos níveis de literacia em saúde, os resultados da consistência interna revelam que o instrumento tem um *Alpha de Cronbach* de 0,98, sendo classificado como muito boa (Pestana, & Gajairo, 2008). Da análise dos níveis de literacia em saúde constatamos que, no total da amostra, prevalecem os doentes com literacia em saúde problemática (35,5%; n=44), seguindo-se os doentes com literacia em saúde inadequada (31,5%; n=39). Numa análise por género, verifica-se que os percentuais mais elevados de mulheres correspondem às que revelam inadequada (36,4%; n=20) e problemática literacia em saúde (34,5%; n=19). Nos homens, a maioria (36,2%; n=25) apresenta uma literacia em saúde problemática, seguidos pelos que possuem literacia em saúde inadequada ou suficiente, com igual valor percentual (27,5%; n=19, respetivamente) (Tabela 4).

Tabela 4 – Literacia em saúde dos doentes em função do género.

Literacia em saúde	Género		Total			
	Feminino	Masculino	n	%		
	n (55)	% (44,4)	n (69)	% (55,6)	n (124)	% (100,0)
Inadequada	20	36,4	19	27,5	39	31,5
Problemática	19	34,5	25	36,2	44	35,5
Suficiente	9	16,4	19	27,5	28	22,6
Excelente	7	12,7	6	8,7	13	10,5

Em relação aos preditores, o modelo de regressão linear multivariado revelou que as habilitações literárias e o género são preditores da literacia em saúde com efeitos positivos moderados a baixos ($\beta = 0,47$ e $\beta = 13$, respetivamente). A idade também é um preditor, mas com efeitos negativos baixos ($\beta = -0,20$). No global existe uma percentagem de variância explicada de 47% ($R^2 = 0,47$).

Tabela 5 – Determinantes da literacia em saúde em dentes com doença renal crónica

	Coefficientes estandardizados	Intervalos de confiança de 95%	p
Habilitações literárias	$\beta = 0,47$	2,42 a 4,29	<0,0005*
Idade	$\beta = -0,20$	-0,20 a -0,02	0,01*
Género	$\beta = 0,13$	0,002 a 4,54	0,05*

Nota: Os efeitos estandardizados indicam a força das associações (magnitude entre -1 e +1)

3. DISCUSSÃO

As pessoas com DRC tomam decisões quotidianas sobre como gerir a sua doença. A DRC inclui o risco de progressão para doença renal em estadio terminal e o desenvolvimento de comorbilidades, como a doença cardiovascular, que representa a principal causa de morte entre esta população. (KDIGO, 2012). Nesse sentido e para reduzir esses riscos, as pessoas com DRC são recomendadas a seguir um estilo de vida saudável com atividade física, nutrição adequada e adesão a regimes de medicação complexos em todas as fases da doença. (KDIGO, 2012). Para gerir a complexidade desta situação de saúde, a LS é considerada fundamental, uma vez que é um conceito multidimensional e compreende uma gama de aspetos cognitivos, afetivos, habilidades sociais e pessoais que determinam a motivação e a capacidade de aceder, compreender e usar as informações em saúde, o que implica capacitar com mais LS as pessoas com DRC (Stømer et al., 2020).

Os resultados do nosso estudo demonstraram um perfil sociodemográfico maioritariamente do sexo masculino (55,2%), com uma idade média de 63,46 anos ($\pm 14,64$ anos). Este perfil é consistente com os dados apontados por Nolasco et al. (2017), que referem que a incidência da DRC aumenta com a idade, especificamente acima dos 30 anos. Também, outros estudos, corroboram estes dados (Wong et al., 2018; Wassef et al., 2018).

Relativamente à caracterização clínica, apurou-se uma média de 4,63 anos ($\pm 4,80$ anos) de seguimento dos doentes na consulta de nefrologia. Quanto às doenças associadas, mais de metade dos doentes sofre de hipertensão (60,8%), seguindo-se a diabetes (40,8%), sendo estes dados consistentes com a literatura que sugere que a hipertensão arterial, a diabetes e a glomerulonefrite primária se constituem como as principais doenças associadas à DRC (Marinho et al., 2017; Wong et al., 2018).

Todos os doentes relataram ter sido informados das diferentes técnicas de substituição da função renal na consulta, sendo a opção dialítica mais escolhida a hemodiálise (67,2%) e a sua escolha respeitada. Nolasco et al. (2017) referem que, em Portugal, a hemodiálise continua a representar a principal técnica de substituição da função renal, com 59,7% de doentes prevalentes. Em Portugal, desde 2001, existe uma Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS, Norma 017/2011, atualizada a 14/06/2012, que define que em cada serviço hospitalar de nefrologia tem de existir uma consulta para o esclarecimento do doente sobre as diversas modalidades de tratamento DRC5. O doente renal crónico com seguimento prévio em consulta externa de nefrologia deve ser referenciado de forma atempada à consulta de esclarecimento, ou seja, desde o estadio 4 da doença renal. Esta consulta tem como principal objetivo esclarecer o doente e a família acerca das diferentes modalidades de tratamento e técnicas respetivas. Nesta consulta explica-se em que consiste a doença renal, as suas causas, a evolução da mesma, e esclarece-se o doente sobre cada uma das modalidades e o seu procedimento. A implementação da referida Norma da DGS nos serviços hospitalares de nefrologia preconiza que o esclarecimento do tratamento de substituição renal aos doentes tenha a participação do enfermeiro. Neste sentido, a questão de orientação traduz-se na importância do papel do enfermeiro na consulta de esclarecimento e na forma como este profissional de saúde ajuda na escolha que o doente realiza, respeitando a sua opção dialítica. A sua importância é fulcral no momento que o doente é informado e a maneira como se comporta depende muito da sua LS e do conhecimento prévio da doença Strand et al. (2012, pp. 57).

Em relação aos níveis de LS nos doentes com DRC, os resultados do nosso estudo demonstraram que prevalecem os doentes com LS problemática (35,5%), seguindo-se os doentes com LS inadequada (31,5%). Nas mulheres prevalecem as que revelam níveis mais elevados de LS inadequada (36,4%) e, nos homens, LS problemática (36,2%). Estes resultados são corroborados por Stømer et al. (2019), que concluiu que cerca de 25% dos doentes com DRC tinha baixa LS, o que pode reduzir a autogestão do tratamento e predizer piores resultados clínicos. Todavia, vários outros estudos relataram resultados semelhantes (Fraser et al, 2013; Costa-Requena et al., 2017; Taylor et al., 2017). Mackey et al. (2016) verificaram também baixos níveis de LS em saúde nos doentes com DRC, que, segundo os autores, podem afetar os comportamentos necessários para o desenvolvimento de habilidades de autogestão. Wong et al. (2018) registou que grande parte dos doentes com DRC tinham baixo nível de LS, que estão associados a piores resultados de saúde, sobretudo em doentes em estadio terminal. Nesse sentido e apesar das interações muito frequentes com os sistemas de saúde, os doentes com DRC em tratamento dialítico não apresentam níveis satisfatórios de LS, quando comparados com doentes sem esta patologia. Por conseguinte, é necessário implementar mais estratégias que promovam a LS, o que pode modificar favoravelmente os resultados clínicos.

Adicionalmente baixas pontuações em LS estão associadas a fracos resultados em saúde e à progressão da doença, com baixas médias em filtração glomerular e maior probabilidade de história prévia de distúrbios cardiovasculares associados à hipertensão e à diabetes. Paradoxalmente, as pontuações mais altas em LS estão associadas a comportamentos que aumentam a adesão e menores custos a nível de tratamento (Devraj Borrego et al., 2015; Taylor et al, 2016; Costa-Requena et al., 2017). A relação

entre a LS e adesão ao tratamento é mediada pelo conhecimento que o doente tem sobre a doença, ou seja, a uma LS adequada promove um maior conhecimento sobre a doença renal e favorece comportamentos de adesão e de tratamento (Costa-Requena et al., 2017).

Para além do exposto, os nossos resultados também demonstraram que as habilitações literárias e o género são preditores da LS com efeitos positivos moderados a baixos ($\beta=0,47$ e $\beta=0,13$, respetivamente) e a idade com efeitos negativos baixos ($\beta=-0,20$). Estes dados foram corroborados pelo estudo de Stømer et al. (2019), que conclui que o sexo feminino e uma menor escolaridade foram preditores de menor LS, tendo sido o grupo dos doentes com menor nível de LS, os que coabitavam sozinhos e possuem mais comorbilidades. De igual modo, no estudo de Lambert et al. (2015), o sexo masculino e menor habilitações literárias foram preditores de inadequada LS.

Por fim, importa referir que este estudo possui algumas limitações. Ainda que a amostra tenha obedecido a rigorosos critérios de seleção, os seus resultados não são passíveis de generalização. Nesse sentido, sugere-se a sua replicação em outros contextos nacionais e internacionais. Por outro lado e apesar de todos os esforços, apenas tivemos uma representatividade populacional de 30,48%. Por motivos de ordem temporal não nos foi possível prolongar o período de colheita de dados e consequentemente melhorar este dado

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu, concluir que a amostra estudada possui um perfil demográfico e clínico, em linha com a população portuguesa; todos os doentes foram informados, em contexto de consulta de esclarecimento, o que traduz um nível elevado de cumprimento da Norma DGS 017/2011, atualizada a 14/06/2012; não obstante este resultado muito positivo, contactou-se que os doentes apresentam níveis de literacia na DRC, muito reduzidos, facto que, de acordo com a literatura, pode condicionar uma fraca autogestão do tratamento e predizer piores resultados clínicos; em adição, conclui-se que os doentes com maiores habilitações literárias e os do género masculino, detêm melhores níveis de literacia associada à DRC.

Em termos de implicações para a prática clínica, estes resultados sugerem a necessidade de investimento em programas que fomentem a aquisição de maior literacia em saúde, vocacionados para os doentes renais crónicos, promovendo o seu *empowerment*. Neste sentido, consideramos que os enfermeiros poderão ter papel determinante na operacionalização destas iniciativas, dado o carácter de grande proximidade, e continuidade no tempo, que caracteriza a sua interação com estes doentes. Deste modo, poderão acrescentar mais efetividade à sua intervenção ao nível desta dimensão da enfermagem em nefrologia, promovendo uma melhor aceitação da doença, melhores comportamentos de adesão e, por consequência, maiores ganhos em saúde, traduzidos maior autonomia na escolha da TSFR, em acréscimo da longevidade e qualidade de vida.

Por fim e tendo por base as implicações para a investigação sugerimos a realização de mais estudos nacionais que permitam dados mais generalizados da população portuguesa.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a contribuição do CHTV e dos doentes que integraram o estudo. De igual forma, agradecem o apoio da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) e financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriaga, M.T. de, Santos, B. dos, Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Portugal 2019-2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Costa, A.S., Arriaga, M., Mendes, R.V., Miranda, D., Barbosa, P., Sakellarides, C., Peralta, A., Lopes, N.A., Roque, C., & Ribeiro, S. (2019). A Strategy for the Promotion of Health Literacy in Portugal, Centered around the Life-Course Approach: The Importance of Digital Tools. *Port J Public Health*; 2-5, DOI: 10.1159/000500247
- Costa-Requena, G., Moreso, F., Cantarell, M.C., & Serón, D. (2017). Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madrid)*, 37(2), 115-117. <https://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.10.001>
- Devraj, R., Borrego, M., Vilay, A. M., Gordon, E. J., Pailden, J., & Horowitz, B. (2015). Relationship between health literacy and kidney function. *Nephrology (Carlton)*; 20(5), 360-367. <https://doi.org/10.1111/nep.12425>
- Direção Geral da Saúde. Norma 017 (2011). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5. Acedido 20/11/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=21155>
- Escoval, A., Amaral, O. & Pedro, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista de Saúde Pública*; 34(3), 259-275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

- Fraser, S. D., Roderick, P. J., Casey, M., Taal, M. W., Yuen, H. M., & Nutbeam, D. (2013). Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: A systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*; 28(1), 129–137. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfs371>
- Kidney disease: improving global outcomes. KDIGO (2012) clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease [homepage]. KDIGO; 2013 Jan. Acedido em <https://www.guidelinecentral.com/summaries/kdigo-2012-clinical-practice-guideline-for-the-evaluation-and-management-of-chronic-kidneydisease/#section-society>
- Lambert, K., Mullan, J., Mansfield, K. & Lonergan, M. (2015). A cross-sectional comparison of health literacy deficits among patients with chronic kidney disease. *Journal of Health Communication: international perspectives*; 20 (Suppl. 2), 16-23. Acedido em <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4312&context=smhpapers>
- Levine, R., Javalkar, K., Nazareth, M., Faldowski, R. A., Ferris, M. D., Cohen, S., & Rak, E. (2018). Disparities in health literacy and healthcare utilization among adolescents and young adults with chronic or end-stage kidney disease. *Journal of Pediatric Nursing*; 38, 57-61.
- Mackey, L.M., Doody, C., Werner, E.L., & Fullen, B. (2016). Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have? *Med Decis Making*; 36(6), 741-59. doi: 10.1177/0272989X16638330.
- Marinho, A. W. G. B., Penha, A. da P., Silva, M. T. & Galvão, T. F. (2017). Prevalence of chronic renal disease among Brazilian adults: a systematic review. *Cad. Saúde Coletiva* 25, 379–388. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030134>
- Nolasco, F. (Coord), Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J.D., Sá, H.O., Sampaio, S., & Matias, A. (2017). *Nefrologia*. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. República Portuguesa. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>
- Pedro, A.R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista de Saúde Pública*; 34(3), 259–275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pestana, M. G. & Gageiro, J. N. (2008). Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528.
- Ramos, I., & Engenharia, F. De. (n.d.). *Literacia digital em saúde na doença renal crónica : revisão de literatura Digital health literacy in chronic kidney disease : a literature review*. 7–8.
- Saboga-Nunes, L., Freitas, O. S., Cunha, M. (2016). Renasceres®: Um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia para a saúde. *Servir*, 59(1), 7-15
- Silva, P. A. B., Silva, L. B., Santos, J. F. G., & Soares, S. M. (2020). Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, 54, 86. <http://www.rsp.fsp.usp.br/%0Ahttps://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/173973>
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2020). Encontro renal. Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.
- Stømer, U.E., Gøransson, L.G., & Wahl, A.K. (2019). A cross-sectional study of health literacy in patients with chronic kidney disease: Associations with demographic and clinical variables. *Nursing Open*; 6, 1481–1490. doi: 10.1002/nop2.350
- Stømer, U.E., Wahl, A.K., Gøransson, L.G., Urstad, K.H. (2020). Exploring health literacy in patients with chronic kidney disease: a qualitative study. *BMC Nephrol*; 21, 314, 2-9. (2020). <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01973-9>
- Strand, H. & Parker, D. (2012). Effects of multidisciplinary models of care for adult predialysis patients with chronic kidney disease: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. Vol. 10 (1), 53-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00253>.
- Taylor, D. M., Bradley, J. A., Bradley, C., Draper, H., Johnson, R., Metcalfe, W., & ATTOM Investigators (2016). Limited health literacy in advanced kidney disease. *Kidney International*; 90(3), 685–695. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2016.05.033>
- Taylor, D.M., Fraser, S.D.S., Bradley, J.A., Bradley, C., Draper, H., Metcalfe, W., Oniscu, G.C., Tomson, C.R.V., Ravanan, R., Roderick, P.J & ATTOM investigators. (2017). A Systematic Review of the Prevalence and Associations of Limited Health Literacy in CKD. *Clin J Am Soc Nephrol*; 12(7),1070-1084. doi: 10.2215/CJN.12921216.
- Wassef O. M., El-Gendy, M. F., El-Anwar, R. M., El-Taher, S. M., & Hani, B. M. (2018). Assessment of health-related quality of life of hemodialysis patients in Benha City, Qalyubia Governorate. *Menoufia Medical Journal*, 31(4), 1414. doi: 10.4103/mmj.mmj_488_15
- WHO. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva, 1998. 36 p. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Cited: 29 dez. 2016.
- Wong, K.K., Velasquez, A., Powe, N.R., & Tuot, D.S. (2018). Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrol*; 19(1), 196. doi: 10.1186/s12882-018-0988-0. PMID: 30081951;