

LETRAMENTO EM SAÚDE E ADEÇÃO A MEDICAÇÃO DE DOENTES RENAI CRÔNICOS EM TRATAMENTO PRÉ-DIALÍTICO

Health literacy and pharmacotherapy adherence among chronic kidney disease patients in pre-dialysis care

Letramiento en salud y adhesión al medicamentos de pacientes renales crónicos en tratamiento pre dialítico

Nardelle Cristina de Souza Leão¹, Mônica Ribeiro Canhestro², Luciana Mara Rosa Milagres³, Pamela Malheiro Oliveira⁴, Katarinne Lima Moraes⁵, Virgínia Visconde Brasil⁶

Como citar este artigo:

Leão NCS, Canhestro MR, Milagres LMR, Oliveira PM, Moraes KL, Brasil VV. Letramento em saúde e adesão a medicação de doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico. 2021 jan/dez; 13:-1617. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10792>.

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre as condições de letramento em saúde e adesão a medicação de doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico. **Método:** estudo transversal com pacientes em tratamento pré-dialítico da doença renal crônica. O letramento foi avaliado com o *Health Literacy Questionnaire* e a adesão a medicação foi avaliada pela escala de *Morisky*. **Resultados:** participaram 153 pacientes sendo que 84 (55,3%) apresentou não adesão à medicação. Em relação ao *Health Literacy Questionnaire*, em sete constructos não houve diferença estatística significativa. Em outros dois constructos em que houve diferença estatisticamente significativa, os pacientes aderidos à medicação apresentaram melhor letramento. **Conclusão:** na população estudada pacientes que possuem adesão à medicação tendem a melhor letramento em saúde.

DESCRITORES: Letramento em saúde; Conhecimento; Insuficiência renal crônica; Participação do paciente; Educação em saúde.

1 Especialista em Gestão Hospitalar e Auditoria. <http://orcid.org/0000-0002-0701-147X>

2 Professora adjunta aposentada do Departamento de Enfermagem Básica da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira do Ambulatório de Nefrologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. <http://orcid.org/0000-0002-2260-2278>

3 Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, enfermeira do Ambulatório de Nefrologia Pediátrica e de Nefrologia de Adulto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. <http://orcid.org/0000-0002-5341-5299>

4 Mestranda em enfermagem, enfermeira do Serviço de Diálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. <http://orcid.org/0000-0003-4392-4708>

5 Doutora em enfermagem, professora da Universidade Federal de Goiás. <http://orcid.org/0000-0001-6169-0461>

6 Doutora em enfermagem, professora da Universidade Federal de Goiás. <http://orcid.org/0000-0002-0279-9878>

ABSTRACT

Objective: to evaluate the relationship between health literacy and adherence to pharmacotherapy in chronic kidney disease patients in pre-dialysis care. **Method:** cross-sectional study using the Health Literacy Questionnaire to assess literacy and the Morisky Scale to evaluate pharmacotherapy adherence. **Results:** a total of 153 patients participated, with 84 (55.3%) showing non-adherence to pharmacotherapy. Regarding the Health Literacy Questionnaire, there was no statistically significant difference in seven constructs. In two other constructs, in which there was a statistically significant difference, pharmacotherapy-adherent patients exhibited greater health literacy. **Conclusion:** in the studied population, pharmacotherapy-adherent patients tend to have greater health literacy. **DESCRIPTORS:** Health literacy; Knowledge; Chronic kidney failure; Patient participation; Health education.

RESUMEN

Objetivo: analizar la asociación entre las condiciones de letramiento en salud y adhesión al medicamentos de pacientes renales crónicos con tratamiento pre dialítico. **Metodología:** estudio transversal con pacientes en tratamiento pre dialítico de la enfermedad renal crónica. El letramiento fue evaluado con el Health Literacy Questionnaire y la adhesión al medicamento fue evaluado por la escala de Morisky. **Resultados:** participaron 153 pacientes, siendo que 84 (55,3%) no adhirieron al medicamentos. En relación al Health Literacy Questionnaire, en siete constructos no hubo diferencia estadísticamente significativa, en otros dos constructos en que hubo diferencia estadísticamente significativa, los pacientes que adhirieron al medicamentos presentaron mejor letramiento. **Conclusión:** en la población estudiada los pacientes que poseen adhesión al tr medicamentos tienden a tener mejor letramiento. **DESCRITORES:** Alfabetización en salud; Conocimiento; Insuficiencia renal crónica; Participación del paciente; Educación en salud.

INTRODUÇÃO

O letramento em saúde (LS) vem sendo reconhecido como importante para a saúde pública em todo o mundo devido ao rápido acúmulo de evidências o associando com medidas relacionadas a saúde.¹

O LS é definido como a capacidade cognitiva e social que determina a motivação e a habilidade do indivíduo ter acesso, compreender e usar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde.²

Estudos apontam que o LS é inadequado em todo o mundo e que os indivíduos que possuem menor quantidade de informação, menor acesso a informação de saúde *online*, não são capazes de avaliar a qualidade da informação de diferentes fontes e utilizam menos serviços preventivos e mais os serviços de alta complexidade, aumentando os custos da atenção à saúde.² Em contrapartida, o LS adequado se associa com desfechos positivos em saúde e avaliá-lo tem sido uma preocupação crescente para os pesquisadores.¹

Grande ênfase tem sido dada a avaliação do LS em pacientes cronicamente doentes, principalmente por serem os que apresentam maior limitação do letramento e maior necessidade de compreender as orientações fornecidas pela equipe, uma vez que conhecer a condição de saúde é essencial para poder se auto gerenciar.³

Um aspecto importante do tratamento dos doentes crônicos é a adesão a terapêutica medicamentosa. A associação existente entre LS e a adesão a medicação foi avaliada em um estudo que identificou a existência de associação entre as duas variáveis e apontou a necessidade de avaliação do LS para a elaboração de estratégias que impactem na adesão.⁴ Em se tratando de pacientes com doença renal crônica (DRC) a adesão a medicação é parte essencial do tratamento e quando adequada, é capaz de barrar a progressão da doença.⁵

Considerando o grande número de fatores que influenciam o comportamento de adesão dos pacientes ao tratamento, avaliá-lo é considerado um grande desafio para os profissionais. A literatura propõe uma variedade de métodos, classificando-os como “diretos” e “indiretos”. Os métodos diretos são aqueles que utilizam análises de sangue ou de urina, procurando detectar a presença de substâncias que comprovem o uso do medicamento, e como método indireto destaca-se o autorrelato, que vem sendo muito utilizado.⁶

Em relação a avaliação do LS, os estudos têm demonstrado que o mesmo é algo passível de ser quantificado. Com o objetivo de elaborar um instrumento multidimensional, o grupo australiano de estudos sobre LS propõem o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) que avalia nove áreas distintas relacionadas ao LS⁷ e tem sido amplamente utilizado no mundo. Em uma revisão bibliográfica sobre a importância do LS em pacientes com DRC, os autores concluem que estes ainda são escassos sendo uma importante área para o desenvolvimento de conhecimento.¹

Assim, este estudo tem como objetivo analisar a associação entre as condições de letramento em saúde e adesão a medicação de doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, transversal realizado em um ambulatório de nefrologia de um hospital universitário no período de abril a outubro de 2017.

Neste local realiza-se o atendimento de pacientes com DRC do estágio um ao cinco não dialíticos. Foram selecionados pacientes que atendiam os seguintes critérios de inclusão: maior que 18 anos, ter DRC em tratamento pré-dialítico e fazer uso de pelo menos um medicamento via oral no momento da entrevista. Foram excluídos pacientes que apresentavam doença psiquiátrica e/ou neurodegenerativa e aqueles em uso de medicação que comprometia a cognição.

A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras por meio de entrevistas utilizando os seguintes instrumentos:

- Questionário de caracterização dos pacientes: caracterização sociodemográfica e de condição de saúde.
- *Health Literacy Questionnaire* (HLQ): elaborado pelo grupo de pesquisadores da *Deakin University Austrália* na língua inglesa contendo 44 itens dispostos em nove escalas que abordam: compreensão e apoio dos profissionais de saúde; informações suficientes para cuidar da saúde; cuidado ativo de saúde; suporte social para a saúde;

avaliação das informações de saúde; capacidade de se envolver ativamente com os profissionais de saúde; navegar no sistema de saúde; capacidade de encontrar boas informações sobre saúde; compreender a informação sobre saúde e saber o que fazer. As respostas das questões possuem cinco pontos numa escala que varia entre “sempre difícil” e “sempre fácil” e quatro pontos numa escala que varia de “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.⁷ O instrumento foi adaptado para o português brasileiro passando a ser denominado HLQ-Br.⁸

O HLQ não fornece pontuação global para o questionário e sim escores para cada uma das nove escalas separadamente. Essa pontuação indica os pontos fortes e as necessidades de cada pessoa em relação ao seu letramento em saúde. O cálculo é realizado pela soma de cada item das escalas e esse valor é dividido pelo número de itens, sendo o valor apresentado como a média de pontuação. Pontuações mais altas indicam melhor LF.

- Instrumento de avaliação de adesão a medicação denominado *Morisky Medication Taking Behavior Scale*:⁹ composto por quatro perguntas que identificam atitudes e comportamentos em relação à utilização dos medicamentos. Para responde-las solicitou-se ao paciente que se baseasse em seu comportamento em relação à ingestão dos medicamentos nas duas últimas semanas que antecederam a entrevista. Os itens possuem respostas dicotômicas (SIM/NÃO) e classificaram o paciente como tendo alta aderência (todas as respostas NÃO), média aderência (uma ou duas respostas SIM) e baixa aderência (três ou quatro respostas SIM). A cada resposta negativa os entrevistados receberam um ponto. Aqueles que obtiveram pontuação menor ou igual a três, conforme proposto pelos autores do teste, foram classificados como “não aderidos à medicação por meio do autorrelato”

Na análise dos dados as variáveis sociodemográficas foram analisadas por estatística descritiva. Já na descrição das variáveis quantitativas e dos itens dos constructos foram utilizadas medidas de posição, tendência central e dispersão, tal o intervalo percentílico *bootstrap* com 95% de confiança.¹⁰ Para comparar os indicadores com as variáveis sociodemográficas foram utilizados os testes de Kruskal Wallis, Mann-Whitney e a correlação de Spearman.¹¹

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer N°1.977.799 de 22/03/2017.

RESULTADOS

Foram entrevistados 153 pacientes, em sua maioria, do sexo feminino, com idade média de 54,98 anos (DP = 18,50). A maioria dos pacientes (65,8%) apresentou renda pessoal de um a três salários mínimos e o mesmo acontecendo com a renda familiar, Tabela 1.

Quanto à escolaridade, 60 (39,5%) tinham de quatro a oito anos de escolaridade, seguido por 33 (21,7%) com mais de 12 anos e 27 (17,8%) com 10 a 12 anos de escolaridade. Em referência aos problemas de saúde, 148 (97,4%) referiram ter DRC, sendo que cinco, embora também tivessem este diagnóstico, não o identificaram. Todos referiram possuir algum tipo de comorbidade, Tabela 1. O número médio de tipos de medicamentos usados pelos pacientes foi de cinco por dia.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

	Variáveis	N	%
Sexo	Feminino	81	51,0%
	Masculino	75	49,0%
Faixa Etária	18 a 25	17	12,5%
	26 a 40	13	8,49%
	41 a 64	70	45,75%
	Acima de 65	53	34,64%
	Menor ou igual ao salário mínimo*	46	30,3%
Renda Pessoal	De 1 a 3 salários mínimos	100	65,8%
	Maior ou igual a 3 salários mínimos	6	3,9%
	De 1 a 3 salários mínimos	15	75,2%
	Maior ou igual a 3 salários mínimos	21	13,7%
	0	10	6,6%
	De 1 a 3	20	13,2%
	De 4 a 8	60	39,5%
	9 s	3	1,3%
	De 10 a 11	27	17,8%
	≥ 12	33	21,7%
Doenças	Hipertensão arterial	68	44,7%
	Outros	55	36,2%
	Problemas cardíacos	35	23,0%
	Hipertensão e diabetes	30	19,7%
	Diabetes	15	9,9%
	Depressão ou outra condição mental	10	6,6%
	Câncer	10	6,6%
Saudável	0	0,0%	

*salário mínimo de R\$ 937,00

Em relação à avaliação de adesão à medicação a maioria dos pacientes apresentou baixa ou média adesão e, portanto, foram considerados não aderidos à medicação, Tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação da adesão à medicação de doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Variáveis		N	%
Já esqueceu de tomar a sua medicação	Não	87	57,2%
	Sim	65	42,8%
Descuidado com o horário de tomar a medicação	Não	101	66,4%
	Sim	51	33,6%
Quando se sente bem, para de tomar a medicação	Não	130	85,5%
	Sim	22	14,5%
Quando se sente mal, para de tomar a medicação	Não	122	80,3%
	Sim	30	19,7%
Avaliação da adesão	Não aderido	84	55,3%
	Aderido	68	44,7%

A análise descritiva dos itens referentes à primeira parte do questionário foi realizada analisando cada constructo. Os itens com intervalos de confiança estritamente maiores que 2,5 indicam tendência à concordância e itens com intervalos estritamente menores que 2,5 indicam tendência a discordância. Foi possível observar que no constructo “Sinto-me entendido e apoiado pelos profissionais da saúde”, os pacientes tenderam a concordar com todos os itens, porém

aqueles aderidos a medicação tenderam a concordar mais com estes. No constructo “Tenho informações suficientes para administrar minha saúde”, os pacientes tenderam a concordar com todos os itens, porém aqueles que se classificaram como aderidos a medicação tenderam a concordar mais que os outros, Tabela 3.

No constructo “Gerencio ativamente minha saúde”, os pacientes tenderam a concordar com todos os itens, porém os aderidos a medicação tenderam a concordar mais com os itens deste constructo, com exceção da questão nove (“Eu faço planos sobre o que eu preciso fazer para ser saudável”), Tabela 3.

No constructo “Apoio social à saúde”, os pacientes tenderam a concordar com todos os itens, porém, neste, os não aderidos tenderam a concordar mais, com exceção da questão 5 (“Quando me sinto doente, as pessoas ao meu redor realmente entendem o que eu estou passando”) e da questão 11 (“Se eu precisar de ajuda, eu tenho muitas pessoas com quem posso contar”), Tabela 3.

No constructo “Avaliação de informações de saúde”, os pacientes tenderam a concordar com todos os itens. Em relação a aderência, os aderidos a medicação tenderam a concordar mais, com exceção da questão 4 (“Eu comparo informações de saúde obtidas de fontes diferentes”), Tabela 3.

Tabela 3 - Análise descritiva dos itens do HLQ-Br – Parte 1 e avaliação de adesão à medicação de doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017 (n=153)

Constructo	Item	Geral			Não aderido			Aderido		
		Média	D.P.	I.C.-95% ¹	Média	D.P.	I.C.-95% ¹	Média	D.P.	I.C.-95% ¹
Sinto-me entendido e apoiado pelos profissionais da saúde	Q2	3,09	0,88	[2,95; 3,24]	3,00	0,92	[2,80; 3,19]	3,21	0,82	[3,00; 3,38]
	Q8	2,95	0,95	[2,81; 3,10]	2,91	0,98	[2,69; 3,11]	3,02	0,92	[2,81; 3,21]
	Q17	3,28	0,74	[3,17; 3,40]	3,24	0,83	[3,05; 3,41]	3,34	0,61	[3,19; 3,47]
	Q22	3,20	0,78	[3,09; 3,33]	3,17	0,85	[2,99; 3,36]	3,25	0,68	[3,07; 3,40]
Tenho informações suficientes para administrar minha saúde	Q1	3,15	0,69	[3,04; 3,25]	3,14	0,68	[3,00; 3,27]	3,15	0,72	[2,99; 3,31]
	Q10	3,17	0,80	[3,05; 3,29]	3,12	0,83	[2,94; 3,30]	3,24	0,76	[3,06; 3,40]
	Q14	2,99	0,88	[2,84; 3,13]	2,92	0,92	[2,73; 3,11]	3,09	0,82	[2,88; 3,27]
	Q23	3,06	0,83	[2,93; 3,18]	3,01	0,87	[2,82; 3,19]	3,12	0,78	[2,93; 3,31]
	Q6	3,07	0,84	[2,95; 3,21]	3,04	0,88	[2,85; 3,24]	3,12	0,78	[2,94; 3,31]
Gerencio ativamente minha saúde	Q9	2,97	0,93	[2,82; 3,13]	2,99	0,93	[2,80; 3,19]	2,96	0,94	[2,74; 3,16]
	Q13	3,21	0,76	[3,09; 3,32]	3,16	0,84	[2,96; 3,32]	3,28	0,64	[3,12; 3,43]
	Q18	2,99	0,87	[2,85; 3,13]	3,01	0,83	[2,83; 3,18]	2,96	0,92	[2,74; 3,18]
	Q21	3,13	0,80	[3,00; 3,26]	3,04	0,87	[2,85; 3,21]	3,25	0,70	[3,09; 3,41]
Apoio social à saúde	Q3	3,22	0,77	[3,11; 3,34]	3,25	0,79	[3,07; 3,42]	3,19	0,76	[3,00; 3,37]
	Q5	2,93	0,89	[2,80; 3,08]	2,91	0,94	[2,71; 3,10]	2,97	0,83	[2,77; 3,15]
	Q11	3,15	0,80	[3,03; 3,28]	3,13	0,85	[2,96; 3,30]	3,18	0,75	[3,00; 3,35]
	Q15	3,15	0,93	[3,01; 3,29]	3,26	0,88	[3,08; 3,44]	3,02	0,97	[2,78; 3,24]
	Q19	3,35	0,71	[3,23; 3,45]	3,39	0,62	[3,26; 3,54]	3,29	0,81	[3,10; 3,49]
Avaliação de informações de saúde	Q4	2,70	1,00	[2,54; 2,85]	2,73	0,99	[2,51; 2,93]	2,66	1,02	[2,41; 2,91]
	Q7	2,88	1,02	[2,71; 3,05]	2,85	1,06	[2,63; 3,06]	2,93	0,98	[2,69; 3,15]
	Q12	2,77	1,01	[2,62; 2,92]	2,74	1,00	[2,52; 2,94]	2,81	1,03	[2,59; 3,04]
	Q16	2,82	0,95	[2,66; 2,96]	2,80	0,93	[2,61; 2,99]	2,84	0,99	[2,60; 3,07]
	Q20	2,94	0,96	[2,78; 3,09]	2,89	1,03	[2,69; 3,10]	3,00	0,86	[2,79; 3,19]

A análise descritiva dos itens referentes a segunda parte do questionário foi realizada também considerando cada constructo. Os itens com intervalos de confiança estritamente maiores que 3,0 indicam tendência à facilidade e itens com intervalos estritamente menores que 3,0 apresentam tendência à dificuldade. Assim, pode-se observar que no constructo “Capacidade de se envolver ativamente com os profissionais de saúde” os pacientes tenderam a apresentar facilidade com todos os itens e que os aderidos a medicação tenderam a apresentar maior facilidade, Tabela 4.

No constructo “Navegação pelo sistema de saúde”, os pacientes tenderam a apresentar maior facilidade com as questões 11 – parte 2 (“Decidir qual profissional de saúde você precisa consultar”), questão 13 – parte 2 (“Ter certeza de encontrar o lugar correto para conseguir o cuidado de saúde que você precisa”) e questão 19 – parte 2 (“Decidir qual é o melhor cuidado para você”). Com exceção desta última,

os aderidos a medicação apresentaram maior facilidade com os itens desse constructo, Tabela 4.

No constructo “Capacidade de encontrar boas informações de saúde”, os pacientes apresentaram menor facilidade com a questão 18 – parte 2 (“Conseguir informações de saúde sozinho”). Em relação a aderência, os aderidos a medicação tenderam a apresentar maior facilidade com os itens deste constructo, Tabela 4.

No constructo “Compreende informações sobre saúde o suficiente para saber o que fazer”, os pacientes apresentaram maior dificuldade com a questão 17 (“Ler e entender todas as informações em bulas de remédio”) e facilidade nas questões 9 (“Seguir instruções dos provedores de atenção à saúde precisamente”) e questão 21 (“Entender o que os provedores de atenção à saúde estão pedindo que você faça”). Os aderidos a medicação também tenderam a concordar mais com os itens desse constructo, Tabela 4.

Tabela 4 - Análise descritiva dos itens do HLQ-Br – Parte 2 e avaliação de adesão à medicação de doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Constructo	Item	Geral			Não aderido			Aderido		
		Média	D.P.	I.C.-95% ¹	Média	D.P.	I.C.-95% ¹	Média	D.P.	I.C.-95% ¹
Capacidade de se envolver ativamente com os profissionais de saúde	Q2	3,79	0,97	[3,63; 3,94]	3,69	1,04	[3,46; 3,91]	3,91	0,88	[3,69; 4,12]
	Q4	3,78	1,22	[3,57; 3,96]	3,73	1,23	[3,46; 3,98]	3,84	1,22	[3,54; 4,10]
	Q7	3,96	1,07	[3,80; 4,13]	3,89	1,12	[3,66; 4,14]	4,04	1,01	[3,79; 4,27]
	Q15	3,57	1,30	[3,37; 3,78]	3,37	1,35	[3,07; 3,68]	3,82	1,18	[3,54; 4,09]
	Q20	3,77	1,29	[3,57; 3,97]	3,62	1,42	[3,33; 3,91]	3,96	1,09	[3,68; 4,19]
Navegação pelo sistema de saúde	Q1	2,84	1,27	[2,65; 3,04]	2,81	1,23	[2,55; 3,08]	2,88	1,32	[2,57; 3,21]
	Q8	3,21	1,42	[2,97; 3,42]	3,05	1,44	[2,75; 3,35]	3,41	1,39	[3,09; 3,74]
	Q11	3,49	1,35	[3,28; 3,69]	3,48	1,38	[3,17; 3,75]	3,52	1,32	[3,18; 3,81]
	Q13	3,59	1,29	[3,37; 3,79]	3,45	1,40	[3,14; 3,74]	3,75	1,13	[3,49; 4,00]
	Q16	3,05	1,33	[2,84; 3,26]	2,95	1,36	[2,67; 3,24]	3,18	1,29	[2,90; 3,47]
Capacidade de encontrar boas informações de saúde	Q19	3,53	1,31	[3,34; 3,72]	3,54	1,31	[3,24; 3,83]	3,53	1,31	[3,24; 3,84]
	Q3	3,42	1,30	[3,23; 3,62]	3,42	1,30	[3,16; 3,69]	3,43	1,30	[3,12; 3,75]
	Q6	3,09	1,34	[2,88; 3,30]	2,99	1,36	[2,69; 3,27]	3,22	1,33	[2,90; 3,56]
	Q10	3,24	1,42	[3,03; 3,47]	2,91	1,47	[2,58; 3,21]	3,65	1,24	[3,35; 3,93]
	Q14	3,43	1,22	[3,24; 3,61]	3,24	1,30	[2,96; 3,50]	3,66	1,09	[3,41; 3,90]
Compreende informações sobre saúde o suficiente para saber o que fazer	Q18	2,77	1,47	[2,53; 2,98]	2,51	1,44	[2,20; 2,79]	3,09	1,45	[2,72; 3,43]
	Q5	3,21	1,54	[2,97; 3,45]	3,02	1,57	[2,70; 3,37]	3,44	1,48	[3,06; 3,78]
	Q9	3,44	1,25	[3,23; 3,63]	3,24	1,31	[2,95; 3,51]	3,69	1,12	[3,43; 3,94]
	Q12	3,11	1,47	[2,87; 3,34]	2,92	1,52	[2,61; 3,24]	3,34	1,38	[3,00; 3,68]
	Q17	2,47	1,48	[2,25; 2,70]	2,20	1,42	[1,89; 2,51]	2,81	1,50	[2,44; 3,16]
	Q21	3,97	1,12	[3,78; 4,15]	3,96	1,10	[3,73; 4,20]	3,99	1,15	[3,71; 4,24]

Dentre as nove escalas do HLQ-Br aquelas que foram significativamente associadas a adesão à medicação foram: capacidade de encontrar boas informações sobre saúde e compreender informações sobre saúde e saber o que fazer, Tabela 5.

Tabela 5 - Associação dos itens do HLQ-Br com a adesão à medicação de doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico, Belo Horizonte, 2017 (n=153)

Indicadores	Avaliação da adesão	Média	E.P.	Valor-P
		3,39	0,11	
Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	Não aderido	3,00	0,11	0,010
	Aderido	3,41	0,11	
Compreende informações sobre saúde o suficiente para saber o que fazer	Não aderido	3,00	0,11	0,009
	Aderido	3,40	0,12	

DISCUSSÃO

Os resultados permitiram uma aproximação da avaliação do LS da população estudada e apontou características que podem ser úteis no planejamento da assistência. Observou-se uma distribuição praticamente igual entre os sexos e a maioria dos pacientes eram jovens adultos seguidos de idosos. Em estudos realizados no Brasil, observou-se elevada frequência de LS inadequado em adultos entre 19 a 59 anos e em idosos com idade acima de 60 anos.¹²⁻¹³

A população idosa se destaca por seu grande crescimento populacional e por ser frequentemente acometida pelas doenças crônicas, fatores que, segundo estudo, apresentam risco para LS inadequado, uma vez que tendem a maior necessidade de uso dos serviços de saúde e de uma terapêutica de maior complexidade.¹⁴ Esse mesmo estudo revela ainda que pacientes que apresentam baixas condições econômicas apresentam igualmente risco para LS inadequado. A população deste estudo se caracterizou com um número grande de idosos com baixos salários que são características que podem levá-los a maior vulnerabilidade à um LS limitado.

Em relação à escolaridade, a maioria dos pacientes completaram o ensino fundamental. Algumas pesquisas identificaram que menos anos de estudo formal estão associados a pior LS e obter ensino médio completo se associou a melhores escores de LS.¹⁵

Em relação aos problemas de saúde, observou-se que os acometimentos mais presentes eram hipertensão arterial, problemas cardíacos e diabetes. O aparecimento de tais comorbidades com maior frequência vem confirmar a DRC no adulto como secundária a hipertensão e o diabetes, situação já bem estabelecida na literatura mundial.¹⁶

Na avaliação dos cinco constructos que compunham a primeira parte do HQL, não houve diferença significativa entre os indivíduos não aderidos e os aderidos à medicação. Contudo, os aderidos a medicação tenderam a concordar mais com quatro dos cinco constructos presentes, o que significa que esses indivíduos possuem um melhor LS nestes constructos. Os indivíduos não aderidos tenderam a concordar mais com apenas um dos constructos.

A segunda parte do questionário apresenta quatro constructos que, assim como a primeira parte, não apresentam diferença estatisticamente significativa, com exceção de dois constructos que apresentaram valor de -p menor que 0,05: “Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde” e “Compreende informações sobre saúde o suficiente para saber o que fazer”, nos quais os indivíduos aderidos apresentam indicadores mais altos. De modo geral, os pacientes que aderem à medicação apresentaram maior facilidade para realizar as ações descritas em todos os itens dos constructos, o que significa que eles possuem melhor LS.

No constructo “Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde”, todos os pacientes apresentaram dificuldades em conseguir informações de saúde de forma autônoma, independente da adesão às medicações. Entretanto, 51 (75%) indivíduos aderidos tenderam a apresentar maior facilidade com os itens desse constructo, o que pode significar que são pessoas que utilizam diversificadas fontes para encontrar as informações sobre saúde e procuram manter-se atualizados. Por sua vez, 63 (75%) pacientes não aderidos tiveram escores menores que 3,79, não conseguindo acessar informações de saúde com tanta facilidade, dependendo de outras pessoas para oferecê-las. Este constructo também foi citado como desafiador em outro estudo feito com pacientes com DRC.¹⁷

Segundo estudo, o baixo LS está diretamente relacionado à falta de informação correta e às crenças inadequadas que os usuários possuem sobre as doenças e os tratamentos, gerando consequências como o desconhecimento dos cuidados no regime terapêutico e a incapacidade de autocuidado, o que influencia diretamente na não adesão à medicação.¹⁸

No constructo “Compreende informações sobre saúde e saber o que fazer”, os aderidos demonstraram maior facilidade em todos os itens (escore maior que 3,67), indicando que esses podem ser mais capazes de compreender diferentes informações escritas em relação a saúde. Observou-se maior dificuldade por parte dos pacientes não aderidos (escore menor que 3,11) indicando que eles podem ter mais dificuldade em entender informações de saúde. É interessante observar que essas associações tiveram significância estatística e um tamanho de efeito pequeno.

O HLQ demonstrou que os pacientes que tendem a um LS adequado são os aderidos. Isso significa que a população do estudo, por ser não aderida ao tratamento em sua maior parte, tende a possuir um LS limítrofe ou inadequado.

Em suma, assim como acontece em grande parte dos estudos, o LS demonstrou uma tendência de associação positiva com a adesão a medicação, isto é, quanto maior o LS, maior é a adesão a medicação e vice-versa.¹⁹ Dentre os estudos apresentados em uma revisão integrativa, constata-se que o LS inadequado tende a influenciar negativamente a adesão a medicação, independente de fatores sociodemográficos; outro refere que pessoas com o LS inadequado necessitam de intervenções individualizadas para conseguir uma boa adesão à medicação; e outro aborda o baixo LS como um fator de extrema relevância por levar à não adesão e propõe intervenções para melhorar a adesão à medicação, todas com enfoque no LS.²⁰

Embora o estudo tenha permitido uma aproximação importante com o tema LS, ele apresentou limitações. A utilização do auto relato para avaliação da adesão pode levar o paciente a informações não reais na tentativa de não se expor para o profissional; dificuldade em comparar e discorrer sobre os dados da pesquisa, uma vez que utilizou-se um instrumento ainda pouco utilizado no Brasil; e a amostra ter sido pequena em relação a população disponível no local onde foram coletados os dados.

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou que, mesmo que os escores tenham apresentado baixa significância estatística, os pacientes que possuem adesão à medicação possuem um melhor LS, sendo mais aptos a encontrar boas informações sobre saúde, compreendendo-as com clareza para saber o que fazer. Demonstrou ainda um número grande de pacientes não aderidos à medicação apontando para um inadequado LS. Tal fato explicita a necessidade de diversas estratégias e intervenções, tanto na prática profissional como na pesquisa.

Dentre as estratégias práticas, destacam-se a maior atenção e sensibilidade necessária ao profissional de saúde para identificar fatores que colocam o paciente em maior risco de apresentar um LS inadequado, entre eles os socioeconômicos e demográficos; a utilização de estratégias educacionais eficazes que contribuam para uma melhor habilidade de compreensão dos pacientes e, conseqüentemente, melhora na adesão à medicação.

Dentre as estratégias no campo da pesquisa, são necessários mais estudos com uma amostra maior utilizando o HLQ como instrumento, a fim de podermos caracterizar a população brasileira quanto ao LS, identificando os fatores de risco sociodemográficos, econômicos e clínicos, e assim, investir em intervenções específicas que venham colaborar para o melhor LS dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Santos LTM, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG et al. Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. *J. bras. nefrol.* [Internet]. 2012 [cited 2020 mar 5] 34(3). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a14.pdf>.
2. Institute of Medicine of National Academies (IOM) (D.c.). *Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary*. Washington: Paperback. [internet]. 2013 [cited 2016 out 16]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202438/pdf/Bookshelf_NBK202438.pdf.
3. Moraes K, Brasil VV, Oliveira GF, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Boaventura RP, et al. Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 20]; 70(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0169>.
4. Maragno CAD. Associação entre Letramento em Saúde e Adesão ao Tratamento Medicamentoso [Mestrado em Ciências Farmacêuticas]. Rio Grande do Sul (Brasil): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/18582>.
5. Bartlett ERJ, Welch JL. Medication-taking behaviours in chronic kidney disease with multiple chronic conditions: a meta-ethnographic synthesis of qualitative studies. *J. clin. nurs.* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 14]; 26(5-6). Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.13588>.
6. Kyngäs HA. Predictors of good adherence of adolescents with diabetes (insulin-dependent diabetes mellitus). SAGE Publications. [Internet]. 2007 [cited 2018 mai 18]. Available from: <https://doi.org/10.1177%2F1742395307079191>.
7. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health* (Online). [Internet]. 2013 [cited 2020 mar 1]; 13. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-658>.
8. Moraes KL. Adaptação transcultural e validação Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o Português (Brasil). [Doutorado em Enfermagem]. Goiás (Brasil): Universidade Federal de Goiás; 2018.
9. Morisk DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med. care.* [Internet]. 1986 [cited 2020 fev 14]; 24(1). Available from: <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>.
10. Efron B, Tibshirani RJ. *An Introduction to the Bootstrap*. Toronto: Chapman and Hall/crc; 1993.
11. Hollander M, Wolfe DA, Chicken E. *Nonparametric Statistical Methods*. New York: Wiley; 2013.
12. Coelho MAM, Sampaio HAC, Passamai MPB, Cabral LA, Passos TU, Lima GP. Functional health literacy and healthy eating: understanding the Brazilian food guide recommendations. *Rev. Nutr.* (Online). [Internet]. 2014 [cited 2020 fev 14]; 27(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732014000600006>.
13. Apolinario D, Braga RCOP, Magaldil RM, Busse AL, Campora F, Brucki S et al. Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Rev. saúde pública* (Online). [Internet]. 2012 [cited 2020 fev 14]; 46(4). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/ao3816.pdf>.
14. Amorim DNP, Chiarello MD, Vianna LG, Moraes CF, Vilaça KHC. Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. *Rev. enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2017 [acesso em 14 de fevereiro 2020]; 2(11). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30512>.
15. Marques SRL, Lemos, SMA. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. *Trab. educ. saúde.* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 20]; 16(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00109>.

16. Luciano E, Luconi P, Sesso R, Melaragno C, Reis S, Furtado R et al. Prospective study of 2151 patients with chronic kidney disease under conservative treatment with multidisciplinary care in the Vale do Paraíba, SP. *J. bras. nefrol.* [Internet]. 2012 [cited 2019 jul 20]; 34(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20120003>.
17. Stomer EU, Goransson LG, Wahl AK, Urstadet JH et al. A cross-sectional study of health literacy in pacientes with chronic kidney disease: associations with demographic and clinical variables. *Nurs Open.* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 5]; 6(4). Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.350>.
18. Federman AD, Wolf M, Sofianou A, Wilson EAH, Martynenko M, Halm EA et al. The association of health literacy with illness and medication beliefs among older adults with asthma. *Patient Education And Counseling.* [Internet]. 2013 [cited 2020 fev 14]; 92(2). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.013>.
19. Maragno CAD, Luiz PPV. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso: uma revisão da literatura. *Revista Iniciação Científica.* [Internet]. 2016 [acesso em 20 de fevereiro]; 14(1). Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/2672/2480>.
20. Martins NFF, Abreu DPG, Silva BT, Semedo DSRC, Pelzer MT, Ienczak FS et al. Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 20]; 70(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0625>.

Recebido em: 04/01/2021
Revisões requeridas: Não possui
Aprovado em: 10/03/2021
Publicado em: 00/00/2021

Autora correspondente
Mônica Ribeiro Canhestro
Endereço: Rua Escoteiro Frederico de Freitas Reis, 267
Sete Lagoas/MG, Brasil
CEP: 35.700-404
Email: mrcanhestro@gmail.com

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**