

Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia

Health Literacy: Importance of assessment in nephrology

AutoresLuanda T. M. Santos¹Henrique Novais Mansur²Tatiane F. P. de Souza Paiva³Fernando A. B. Colugnati⁴Marcus Gomes Bastos⁵¹ Mestre em Linguística - UFJF (Professora de Língua Portuguesa).² Mestre em Ciência da Motricidade Humana - UCB RJ (Pós-Graduando em Saúde Brasileira - Universidade Federal de Juiz de Fora).³ Especialista (Professora Mestranda em Saúde Brasileira - UFJF).⁴ Doutor em Ciências - UNIFESP (Pesquisador do Núcleo Interdisciplinar de Estudo, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia - NIEPEN da UFJF e Fundação IMEPEN).⁵ Pós-Doutor (Diretor Executivo da Fundação IMEPEN Professor da Faculdade de Medicina - Departamento de Clínica Médica - UFJF Professor Orientador do Programa de Saúde Brasileira - UFJF).

Data de submissão: 09/05/2012.

Data de aprovação: 05/07/2012.

Correspondência para:

Luanda T. M. Santos.

Fundação Instituto Mineiro de Estudo, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia.

Rua Wolfgang Amadeus Mozart, nº 131, cond. São Lucas I, São Pedro. Juiz de Fora, MG, Brasil. CEP: 36036-631.

RESUMO

Letramento em Saúde (LS) ou habilidade de leitura e numeramento que permite ao indivíduo transitar no ambiente de saúde, é um tema relativamente novo e que vem ganhando espaço nas agendas de pesquisa e política de saúde, particularmente nos países desenvolvidos. Onde estudado, o LS inadequado associa-se com cuidados de saúde de pior qualidade e maior custo. Mesmo assim, a maioria dos médicos não conseguem identificar o problema e não têm preparo para lidar com o paciente que apresenta LS inadequado. Na presente revisão, os autores discutem aspectos importantes do LS, tais como a sua epidemiologia, associações com desfechos clínicos, avaliação, determinantes e oportunidades de intervenções, particularmente na nefrologia. Por ser comum e associar-se com desfechos clínicos indesejáveis, o LS inadequado deveria ser regularmente avaliado nos pacientes com doença renal.

Palavras-chave: educação em saúde, falência renal crônica, mecanismos de avaliação da assistência à saúde.

ABSTRACT

Health literacy (HL) or basic reading and numeracy that allow an individual to function in the health care environment, is a relatively new topic, yet has increasingly been gaining interest over the past few years both in the research and policy agendas, particularly in the developed countries. Where studied, inadequate HL has been associated with poor health care quality and more cost. Yet many physicians do not recognize the problem or is not skilled enough to approach the subject with their patients. In this review, important aspects of HL, such as its epidemiology, associations with poor outcomes, assessment, determinants and interventions, particularly in nephrology, are discussed. Because it is common and associated to adverse clinical outcomes, inadequate HL should be incorporated into the list of assessments of patients with renal disease.

Keywords: health care evaluation mechanisms, health literacy, kidney failure, chronic.

INTRODUÇÃO

Na avaliação clínica dos pacientes, a pressão arterial, a temperatura, e as frequências cardíaca e pulmonar são consideradas sinais vitais fundamentais, pois informam sobre funções imprescindíveis e auxiliam no diagnóstico e acompanhamento da evolução clínica do paciente. Na presente revisão, discutiremos o Letramento em Saúde (LS) e o seu impacto adverso em diferentes desfechos clínicos. Além disso, questionaremos a eficácia de uma avaliação regular do LS em pacientes com doença renal.

Segundo Weiss *et al.*,¹ Letramento em Saúde (LS) implica a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde, necessários para tomar decisões pertinentes sobre sua própria saúde e sobre cuidados médicos. Para tanto, o paciente precisa apresentar, efetivamente, competência funcional para usar e interpretar textos, documentos e números. O LS envolve determinantes individuais e sistêmicos, incluindo habilidades de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, aspectos culturais, complexidade do sistema de saúde, assim como as demandas da situação ou

do contexto.² Avaliar o LS do paciente é uma preocupação crescente para os pesquisadores e profissionais de saúde, devido ao rápido acúmulo de evidências associando LS com medidas relacionadas à saúde.

EPIDEMIOLOGIA

Até o momento, os dois melhores trabalhos publicados sobre LS são o *2003 National Assessment of Adult Literacy* (NAAL), realizado na população adulta dos Estados Unidos da América (EUA),³ e o *2003 International Adult Literacy and Life Skills Survey* (IALSS), estudo comparativo de letramento envolvendo sete países (Bermuda, Canadá, Itália, Noruega, o Estado mexicano de Nuevo Leon, Suíça e EUA).⁴

No NAAL, primeira avaliação nacionalmente representativa de LS em inglês entre participantes com 16 anos ou mais, 14% e 22% da população dos EUA apresentou LS abaixo do básico e básico, respectivamente, o que significa dizer que cerca de 90 milhões da população adulta dos EUA apresentam LS inadequado.³

No IALSS, 191 perguntas envolvendo tarefas da vida diária, consideradas como medidas de atividades relacionadas à saúde, foram agrupadas em cinco domínios: promoção da saúde (60 perguntas), proteção à saúde (65 perguntas), prevenção de doença (18 perguntas), navegação no sistema de saúde (32 perguntas), cuidado de saúde e manejo de doença (16 perguntas). O sistema de pontuação dividiu os indivíduos em cinco níveis e qualquer indivíduo com pontuação abaixo do nível três foi identificado como possuindo LS inadequado.⁴

Este estudo evidencia a magnitude do problema do LS, ao demonstrar que 60% dos canadenses pontuaram abaixo do nível três, ou seja, cerca de 12 milhões de indivíduos canadenses não apresentaram capacidade de obter, entender e agir mediante as informações e os serviços de saúde, bem como de tomar decisões apropriadas sobre saúde por si próprios. O problema é ainda maior entre os participantes idosos (com mais de 65 anos), dos quais 80% apresentaram pontuação em nível um, ou seja, o mais baixo nível de letramento na população canadense.⁴ Estes achados apresentam implicações clínicas importantes, posto que LS inadequado em idosos mostrou ser preditor independente de mortalidade por todas as causas, óbitos cardiovasculares, saúde física e mental inadequadas. Independente da idade, os principais determinantes de saúde - cerca de 60% das diferenças

observadas no LS entre os participantes de 16 a 65 anos - remetem ao nível educacional, à língua nativa, à situação de imigrante e à intensidade da habilidade usada. Isto sugere que existem oportunidades potenciais de intervenção para corrigir o baixo nível de LS no Canadá, tanto em termos individuais quanto em termos comunitários e políticos.

No Brasil, os estudos sobre LS são extremamente limitados e se resumem a duas publicações. No primeiro estudo, realizado entre 2006 e 2007, foi avaliado o nível de letramento de 312 participantes saudáveis, de diferentes idades, da cidade de São Paulo, através do *S-TOFHLA*, uma versão reduzida do *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA).⁵ A média de idade dos participantes foi de 47,3 anos ($\pm 16,8$) e a média de anos de escolaridade foi de 9,7 anos (DP = 5; variação: 1-17). Um total de 32,4% da amostra apresentou déficit de letramento/numeramento, sendo classificado na faixa de LS marginal e inadequado. Entre os idosos (no estudo considerado, indivíduos com mais de 65 anos), a taxa atingiu 51,6%. Os autores concluíram que o alto número de indivíduos classificados como LS inadequado e marginal destaca a importância da necessidade de assistência especial, objetivando melhorar o nível de entendimento sobre as orientações e os cuidados de saúde.

No segundo estudo, foi avaliada a relação entre LS e adesão à terapia medicamentosa em pacientes que aguardavam para serem atendidos em postos de saúde, na cidade de Bagé, Rio Grande do Sul. O LS foi avaliado pelo Teste de Letramento em Saúde (TLS), baseado na tradução e adaptação do instrumento *TOFHLA* para a realidade brasileira, considerando-se aspectos linguísticos e culturais. A aderência à terapia medicamentosa foi medida pelo *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) e as dificuldades para a aderência foram avaliadas pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). A ausência de relação entre o MMAS e os resultados do TLS foi atribuído ao fato de cerca de 74% da população avaliada possuir ensino médio completo ou mais, e a autora conclui haver necessidade de mais estudos sobre adesão medicamentosa e LS.⁶

Embora não específico para a saúde, os levantamentos do Indicador de Alfabetismo Funcional - INAF (IPM, 2009), único instrumento que avalia letramento geral no Brasil, revela números preocupantes. Entre os brasileiros na faixa etária de 15 a

64 anos, 27% apresentam letramento abaixo do básico, ou seja, são considerados analfabetos funcionais. A maioria (52%) dos respondentes, que estudaram apenas da 1ª à 4ª série, atingem, no máximo, o grau rudimentar de alfabetismo, ou seja, possuem apenas a habilidade de localizar informações explícitas em textos curtos ou efetuar operações matemáticas simples. E ainda mais grave: 9% destes indivíduos podem ser considerados analfabetos absolutos em termos de habilidades de leitura/escrita, não conseguindo nem mesmo decodificar palavras e frases.⁷

Considerando haver uma correlação entre Letramento Geral, Letramento em Saúde e níveis de escolarização, os dados do INAF constituem um alerta para uma parcela importante dos usuários do Sistema Único de Saúde com sérias limitações em entender informações básicas de saúde, o que compromete a implementação da boa prática médica, impacta desfavoravelmente nos custos e acarreta desfechos clínicos negativos.

LETRAMENTO EM SAÚDE INADEQUADO E DESFECHOS CLÍNICOS

O LS é uma área de pesquisa em crescimento principalmente pela constatação dos impactos adversos do LS inadequado em vários desfechos clínicos. Comparado aos indivíduos com LS adequado, aqueles com LS inadequado apresentam menor aderência medicamentosa,⁸ irregularidade de visitas médicas,⁹ menores habilidades de autocuidado,¹⁰ marcadores inadequados de controle clínico de suas doenças,¹¹ diagnóstico tardio,¹² pior qualidade de vida,¹³⁻¹⁶ custos médicos mais elevados e consequente menor eficácia de uso dos serviços de saúde,¹⁶ além de maiores taxas de hospitalização^{17,18} e mortalidade.^{18,19} Por exemplo, a avaliação do conhecimento sobre os efeitos benéficos do exercício físico sobre a pressão arterial entre pacientes hipertensos mostrou ser de apenas 38% naqueles que apresentam LS inadequado comparado a 55% e 73% ($p < 0,001$) observados nos pacientes com LS marginal e adequado, respectivamente.²⁰ Da mesma forma, o conhecimento dos efeitos benéficos da ingestão de doces na vigência de tremores, sudorese e fome foi de apenas 40% entre os pacientes diabéticos com LS inadequado, comparado a 45% e 68% relatados pelos pacientes com LS marginal e adequado ($p < 0,002$ vs. LS inadequado), respectivamente.²⁰ A avaliação do LS pelo instrumento *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) em 2.500

idosos não institucionalizados e sem dificuldades funcionais ou demência, acompanhados por cinco anos, mostrou que a Razão de Risco (IC 95%) foi de 2,03 (1,62-2,55) no modelo não ajustado e de 1,75 (1,27-2,41) no modelo ajustado para confundidores, tais como idade, sexo, salário, educação, saúde autorrelatada, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, câncer, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, obesidade, tabagismo, alcoolismo, falta de acesso regular a médico ou serviço de saúde, não vacinação nos últimos 12 meses, dispensa gratuita de medicações e sintomas depressivos.

Na nefrologia, os estudos sobre LS ainda são escassos, mas os resultados sugerem que o LS inadequado parece ser um fator importante no manejo do paciente com doença renal. Por exemplo, o percentual de conhecimento sobre as diferentes modalidades de terapia renal substitutiva (TRS) entre pacientes com doença renal crônica (DRC) nos estágios 3 a 5 e em tratamento conservador foi de 48% sobre hemodiálise (HD), 55% sobre diálise peritoneal (DP) e 79% sobre transplante renal (TxR) no estágio 3 da doença e de 54% (na HD), 53% (na DP) e 70% (TxR) no estágio 5 da doença.²¹ Neste estudo, também ficou evidente que o número de consultas com o nefrologista nos 12 meses que antecederam o início da TRS não garante melhor conhecimento dos pacientes sobre as opções terapêuticas na vigência de falência funcional renal.²¹

Recentemente, Cavanaugh *et al.*²² reportaram a prevalência de LS inadequado e o seu impacto na mortalidade em 480 pacientes em tratamento hemodialítico de 77 unidades de diálise, incluídos entre 2005 a 2007 e acompanhados por 12 meses. Utilizando o instrumento *REALM*, os autores observaram que 32% dos pacientes apresentaram LS inadequado, o qual se associou mais frequentemente com o sexo masculino, raça não branca e menor escolarização. Comparado aos pacientes com LS adequado, aqueles com LS inadequado apresentaram maior risco de óbito (Razão de Risco 1,54; IC 95% 1,01 a 2,36), mesmo após ajustes para idade, sexo, raça e diabetes.

A prevalência do LS inadequado e seu impacto desfavorável na DRC não dialítica são desconhecidos. A observação de preditores de LS inadequado em pacientes dialíticos, tais como idade, raça e educação,²²⁻²⁴ semelhantemente ao observado em outras doenças crônicas,²⁵ nos induz a supor consequências clínicas desfavoráveis também em pacientes com doenças renais.

AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE

A identificação de pacientes com LS inadequado não é simples. Estudos atestam que, no âmbito da saúde, indivíduos apresentam considerável dificuldade na leitura dos textos típicos deste contexto situacional. Essa limitação, associada ao fato de os profissionais de saúde desconhecerem o grau de letramento de seus pacientes, o que os faz utilizar uma linguagem extremamente especializada, favorece a ocorrência de desfechos clínicos negativos.²⁶

Neste sentido, nos EUA, o Grupo de Trabalho Nacional sobre Letramento e Saúde²⁷ alertou sobre a inabilidade dos profissionais de saúde em reconhecer pacientes com LS inadequado e uma pesquisa mostrou que os médicos têm dificuldade em detectar níveis inadequados de LS em seus pacientes.²⁶ Portanto, muitos advogam que o LS deva ser adequadamente avaliado para identificar os pacientes com maior risco para desfechos clínicos inadequados.²⁸ Considerando que o manejo bem sucedido de muitas doenças agudas e crônicas é influenciado pelo entendimento das informações de saúde, oferecer suporte adicional aos indivíduos que possam apresentar dificuldade em entender estas informações, possivelmente, influenciará nos desfechos clínicos.

Estudos sugerem que os médicos tendem a superestimar o nível de letramento dos seus pacientes.²⁹ Assim, é importante decidir qual é a melhor estratégia para identificar o LS inadequado. De maneira geral, existem duas grandes abordagens. A primeira, intitulada abordagem de precaução universal, considera que todos os pacientes são considerados iletrados em saúde e, por conseguinte, devem receber intervenção; a segunda busca identificar os casos de LS inadequado, de forma individual, por meio de teste de letramento e, somente aqueles considerados iletrados recebem intervenção. Conquanto este tópico ainda seja controverso,^{9,24,30-32} provavelmente, a melhor estratégia é aquela entre os dois extremos.³³ A utilização de um teste validado de avaliação de letramento permite confirmar/ou classificar o grau de LS, determinar a melhor intervenção a ser dispensada e evitar o constrangimento do paciente em confessar a sua limitação em compreensão de leitura e habilidades numéricas.

Entre os instrumentos medidores do LS, o *REALM*³⁴ e o *TOFHLA*³⁵ são os mais frequentemente utilizados (Tabela 1).

O *REALM*³⁴ foi o instrumento utilizado para avaliar letramento em saúde. Consiste em um teste de reconhecimento e pronúncia de palavras do âmbito

médico-hospitalar, disponível apenas na língua inglesa. É composto por uma lista de 66 palavras, dentre as quais estão termos médicos comuns, partes do corpo ou doenças, ordenadas conforme o número de sílabas e nível de dificuldade de pronúncia. O grau de habilidade do indivíduo é classificado conforme o número de palavras que ele é capaz de pronunciar corretamente. A classificação é feita em três níveis: inadequado (0-40); limitado (45-60) e adequado (61-66). A principal vantagem do *REALM* é a sua realização em menos de 3 minutos (em média).

Todavia, este instrumento apresenta consideráveis limitações, pois avalia apenas a proficiência na pronúncia, desprezando a compreensão de textos e a habilidade em lidar com números. Assim, o conceito de letramento em saúde revela-se, em grande parte, engessado, uma vez que estudiosos em educação consideram alfabetização um conjunto de habilidades, conhecimentos e estratégias que os indivíduos constroem ao longo de suas vidas. Esse conjunto de habilidades inclui conhecimento cultural e conceptual; ouvir e falar - *oral literacy*; escrever, ler e contar - *print literacy*.³⁴

O instrumento *TOFHLA* mede o nível de compreensão dos pacientes sobre informações de saúde.³⁵ Desenvolvido com base em amostras de materiais educacionais, típicos do ambiente médico-hospitalar, foi dividido em compreensão de leitura e numeramento. Na versão original, o instrumento leva em média 22 minutos para ser aplicado e, na versão curta (*S-TOFHLA*), 12 minutos em média. O *S-TOFHLA* (versão reduzida do instrumento *TOFHLA*), por demandar menor tempo de aplicação, tem sido mais utilizado. Compõe-se de 36 itens de compreensão de leitura (convertidos para uma escala de 72 pontos) e de 4 itens de habilidade numérica (convertidos para uma escala de 28 pontos). Conforme pontuação, o indivíduo é classificado em três níveis de letramento: inadequado (0-53); limitado (54-66) e adequado (67-100).³⁶

Embora estes instrumentos sejam úteis para a avaliação na prática clínica, a partir de uma perspectiva psicométrica, nem o *REALM* nem o *TOFHLA* apreendem toda a complexidade da construção de alfabetização em saúde. Ambos utilizam textos típicos do contexto médico-hospitalar, contudo letramento abrange um amplo espectro de atividades em uma variedade de textos e contextos, incluindo domínio linguístico de modo geral. Ademais, alguns aspectos inviabilizam a utilização destes instrumentos de

TABELA 1 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE LETRAMENTO MAIS COMUMENTE UTILIZADOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Instrumento de avaliação	Descrição	Tempo de administração	Pontuação	Vantagens
1. Perguntas de um item ³⁴	Perguntas simples com alto poder de identificar pacientes com LS inadequado	< 1 minuto		Rápido; auto-administrado
2. Medical Term Recognition Test (METER) ³⁷	Teste de reconhecimento de 40 palavras da área de saúde	2 min	Palavras corretas: 0-20: LS inadequado; 21-34: LS limitado; 35-40: LS adequado	Rápido; auto-administrado
3. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, (REALM) ³⁵	Teste de reconhecimento de 66 palavras da área de saúde	2-3 min	Palavras corretas: 0-44: LS inadequado; 45-60: LS limitado; 60-66: LS adequado	Rápido; amplamente utilizado
4. Newest Vital Sign (NVS) ²	6 perguntas; testa a capacidade de interpretar informações nutricionais em invólucro de pote de sorvete	6 minutos	Respostas corretas: 0 e 1: LS inadequado altamente provável 2-3: LS limitado possível; ≥ 4: LS adequado	Rápido, amplamente aceito; disponível em inglês e espanhol
5. Test of Functional Health Literacy in Adults, Short (S-TOFHLA) ³⁸	Teste de leitura e compreensão com o tempo determinado	12 minutos	Pontuação: 0-50: LS inadequado; 60-74: LS limitado; 75-100: LS adequado	Avaliação letramento e numeramento; disponível em inglês e espanhol

avaliação de LS no Brasil, são eles: 1. Instrumentos elaborados para países desenvolvidos, cuja realidade social, econômica e, conseqüentemente, educacional sejam completamente diferentes dos países “em desenvolvimento”, como o Brasil.

Nos Estados Unidos, Austrália, Inglaterra, França, por exemplo, a avaliação do nível de letramento não pressupõe avaliação conjunta do índice de alfabetização, pois, nestes países, a escolaridade básica é obrigatória e realmente universal;³⁷ 2. Adoção de critério, para avaliar o nível de letramento da população, que considere o número de anos de escolaridade completados, já que, nesses países, parte-se do pressuposto de que a escola tenha proporcionado aos estudantes a aquisição da leitura e da escrita, bem como uma adequada imersão no mundo do letramento; 3. Altos índices de analfabetismo funcional no Brasil,³⁸ cujo julgamento do nível de letramento deve considerar não só o grau de alfabetismo (apropriação adequada da “tecnologia” do ler e escrever), mas também o grau de letramento (apropriação adequada das “práticas” de leitura e de escrita); e 4. Inviabilidade de uma adaptação transcultural que consiga equiparar disparidades socioeconômicas tão significativas, pois as diferenças culturais, históricas e educacionais aprofundam o abismo que um modelo de educação inadequado traz para uma sociedade já carente de saberes.

Considerando que o LS inadequado é prevalente, que inexistente um instrumento de avaliação validado no Brasil e que, frequentemente, associa-se a desfechos clínicos desfavoráveis, os autores estão desenvolvendo o Teste de Avaliação de Letramento em Saúde - TALES, um instrumento, inédito no Brasil, que objetiva suprir as críticas mencionadas, além de ser clinicamente viável.

DETERMINANTES DO LETRAMENTO EM SAÚDE

Letramento é um conceito inerentemente funcional e depende da competência em várias habilidades específicas do ser humano, habilitando-o à tomada de decisão informada sobre a sua saúde.³⁹ Como pode ser observado na Figura 1, baseado em diversos autores,³⁹⁻⁴¹ os determinantes do LS podem ser agrupados em dois grandes compartimentos que interagem entre si: 1. Os inerentes ao indivíduo; e 2. Os decorrentes do sistema de saúde. Por exemplo, os principais domínios de letramento para obter, processar e entender a informação sobre saúde, frequentemente, requerem a capacidade de compreender textos escritos (letramento em prosa), formas (letramento em documentos), informação quantitativa (numeramento) e interações verbais (habilidades de interação oral). Adicionalmente, há necessidade de domínio de habilidades de autocuidado como, por exemplo, operar um

glucosímetro, utilizar um inalador ou autoaplicar insulina. Outros domínios de LS incluem a capacidade em obter informações e navegar (transitar) no sistema de saúde⁴²⁻⁴⁵ (Figura 1).

Limitações em fatores não englobados nos domínios do letramento, tais como os neurossensoriais, cognitivos, psiquiátricos, médicos e culturais, podem impactar desfavoravelmente e limitar o LS do indivíduo.³⁹ Um exemplo frequente na prática clínica, particularmente entre os indivíduos idosos, é a limitação na compreensão de leitura decorrente de catarata que, uma vez extraída, corrige o problema.

Em cada domínio do letramento, os desafios cognitivos enfrentados pelo paciente, no contexto de cuidados de saúde, podem ser bem diferentes do seu cotidiano. Não infreqüentemente, os profissionais de saúde empregam conceitos matemáticos (p. ex., a sua DRC está no estágio 3B, o que significa que a sua taxa de filtração glomerular encontra-se abaixo de 45 mL/min/1,73 m²), documentos complexos, acrônimos (p. ex., EAS, para elementos anormais e sedimentoscopia urinária) e jargões (p. ex., o emprego de terminologia não familiar tal como cultura de urina, biópsia renal, glomerulonefrite, hipertensão, “pico febril”, são freqüentemente empregados durante as consultas nefrológicas, mas muito provavelmente não são entendidos por uma grande parcela dos pacientes).⁴⁵ A coleta imprecisa de urina por 24 horas talvez seja o maior exemplo de dificuldade de entendimento sobre procedimento em nefrologia, sendo considerada a grande limitação do método.⁴⁶

É importante destacar que o LS é um fenômeno contextualizado. Tanto é assim que o relatório sobre LS do Instituto de Medicina Americano não enquadra

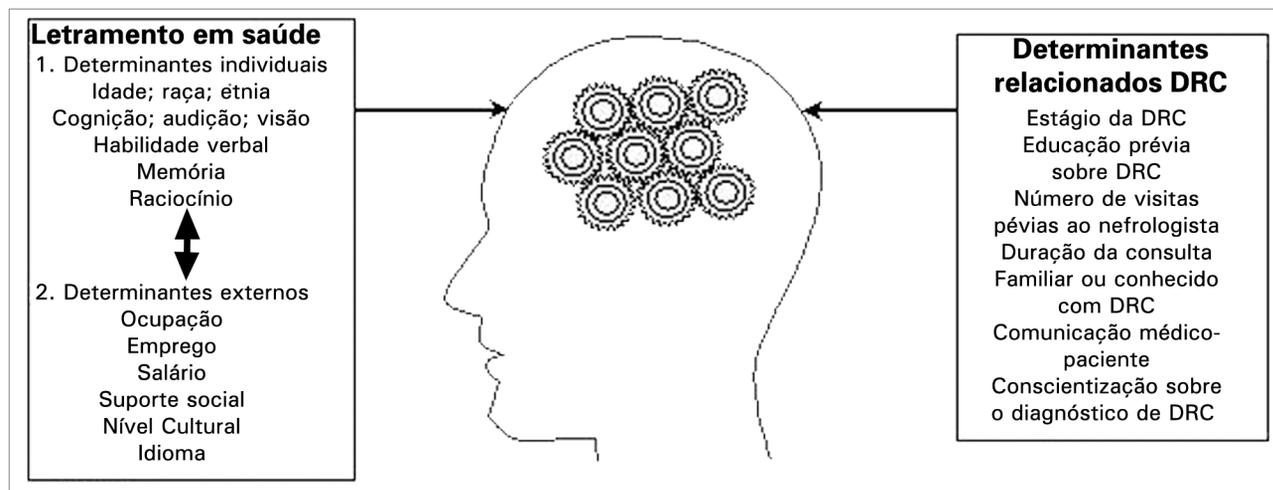
o LS inadequado como um problema do paciente, mas sim um desafio da assistência à saúde e dos profissionais de saúde pública.³⁷ Especificamente, o conceito de LS deveria incorporar, além das habilidades utilizadas pelo indivíduo quando da tomada de decisões, demandas contextuais enfrentadas por eles frente (1) a condição clínica específica; (2) as habilidades de comunicação do profissional de assistência à saúde; (3) as demandas complexas e concorrentes de vários textos sobre saúde e de saúde pública disponíveis; (4) a estrutura e função de serviços clínicos e de saúde pública que assumem o LS como universalmente adequado e demandam autorrepresentação e vigilância e (5) a ênfase que a sociedade coloca no indivíduo mais do que em determinantes ecológicos de saúde.⁴⁷

Em suma, LS não se refere apenas à comunicação por meio de materiais escritos, engloba, também, acesso ao sistema de saúde e aos serviços de prevenção, compreensão sobre o diagnóstico e tratamento a ser seguido, e o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões a partir de informações sobre saúde para melhorar o seu estado geral de saúde.⁴⁸

ALERTAS PARA LETRAMENTO EM SAÚDE INADEQUADO

Embora frequente, o LS inadequado nem sempre é de fácil identificação e não pode ser baseado somente na observação do paciente. Índícios como, por exemplo, (1) comportamentos inadequados: pacientes que preenchem formulários de forma incompleta ou errada, que faltam às consultas com freqüência, que não são aderentes ao tratamento, que não realizam os exames solicitados ou não procuram os outros profissionais de saúde aos quais foram referenciados; (2) respostas suspeitas mediante o recebimento de informações escritas:

Figura 1. Determinantes do Letramento em Saúde inadequado sobre Doença Renal Crônica.⁴²⁻⁴⁴



DRC: Doença Renal Crônica.

“Eu esqueci os meus óculos”, “Eu vou ler isto em casa”, “Deixe-me levar isto para casa para discutir com a minha família”; (3) respostas sobre o regime medicamentoso: confusão com os nomes dos medicamentos, prescrições, indicações de como administrá-los e horários de tomada são alertas ou *red flags* que devem ser pesquisados, uma vez que podem indicar LS inadequado.⁴⁹

É importante ressaltar que a ausência de alertas como os mencionados, não garante que o paciente apresente LS adequado. A maioria dos indivíduos com LS inadequado não é rotineiramente detectada pelo sistema de saúde, escondendo suas limitações por longos períodos de tempo. A omissão do paciente sobre o seu LS inadequado não se restringe somente ao ambiente de saúde, incidindo em seu próprio local de trabalho e mesmo no seu ambiente familiar. Por exemplo, o percentual de pessoas que ocultaram o seu LS inadequado foi de 85% para com os colegas de trabalho, 75% para com os profissionais de saúde, 68% para com as esposas, 62% para com amigos e 52% para com os próprios filhos.⁵⁰ Destarte, não se identifica LS inadequado somente através da simples observação ou da autodeclaração do paciente.

O Quadro 1 apresenta os principais alertas para LS inadequado.⁵⁰

- Idosos
- Baixo nível salarial
- Desempregados
- Poucos anos de escolaridade
- Déficit cognitivo, auditivo, visual
- Grupos étnicos minoritários
- Imigrantes

INTERVENÇÕES QUE PODEM IMPACTAR NA MELHORA DO LETRAMENTO EM SAÚDE

Até o momento, poucos são os estudos que avaliaram a relação entre o LS e desfechos clínicos. Embora ainda controversos, os estudos apontam para o impacto desfavorável do LS no curso das doenças, incluindo as originadas nos rins.²¹ Por exemplo, Berkman *et al.*,⁵¹ objetivando determinar se o LS inadequado relaciona-se ao pouco uso de cuidados de saúde, custos e disparidades nos desfechos clínicos, atualizaram a revisão sistemática sobre LS inadequado e desfechos de saúde realizada em 2004. Nos artigos selecionados com boa ou razoável qualidade, o LS inadequado consistentemente se associou a desfechos clínicos negativos e pouco uso do sistema de saúde.

Não há completo esclarecimento sobre o mecanismo pelo qual o LS afeta desfechos clínicos, mas sabe-se que envolve aspectos relacionados ao conhecimento e ao comportamento do paciente, ao autocuidado, ao acesso e trânsito nos serviços de saúde e à qualidade da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente.³⁹

Ampliar o conhecimento do paciente melhora seu LS. Para tal, o material educativo impresso deve ser redigido em uma linguagem condizente com o nível de letramento do paciente. Adicionalmente, o uso das novas tecnologias como, por exemplo, a internet, permite transmitir informações complexas por meio de figuras, vídeos e multimídias, minimizando o abismo entre LS adequado e inadequado.^{52,53}

As duas intervenções mais utilizadas para melhorar o conhecimento e o entendimento dos pacientes que apresentam LS inadequado são o *Ask Me 3*^{TM54} e o *Teach-Back Method*.⁵⁵ O *Ask Me 3*TM, endossado pela Fundação da Associação Médica Americana, é um instrumento desenhado para promover a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, objetivando melhores desfechos clínicos. O instrumento incentiva o paciente a fazer três perguntas: 1. “Qual é o meu problema?”; 2. “O que eu preciso fazer?” e 3. “Por que considero importante fazer?”

O *Teach-Back Method* baseia-se nas observações de que 40-80% da informação médica, transmitida aos pacientes, é esquecida imediatamente e quase metade da informação retida é armazenada de forma incorreta.⁵⁶⁻⁵⁸ Pacientes com LS inadequado podem depender muito das instruções orais, demonstrações e ilustrações. O *Teach-Back Method*, também denominado “mostre-me”, avalia o entendimento do paciente sobre a sua doença e o seu tratamento, verificando se houve real apreensão das informações fornecidas pelos profissionais da saúde. Além disso, identifica quais as estratégias de comunicação que apresentam melhores resultados.

Especificamente na nefrologia, a adoção do modelo conceitual de iniciação e progressão da DRC oferece grandes oportunidades de intervenção na progressão da doença.⁵⁹ Embora pouco possa ser feito pelo nefrologista relativamente ao letramento geral do seu paciente, por meio de intervenções adequadas (tais como, *Ask Me 3*TM e *Teach-Back Method*), muito pode ser feito para melhorar o conhecimento, entendimento e motivação para o tratamento da DRC. Para tal, o nefrologista necessita aceitar que a

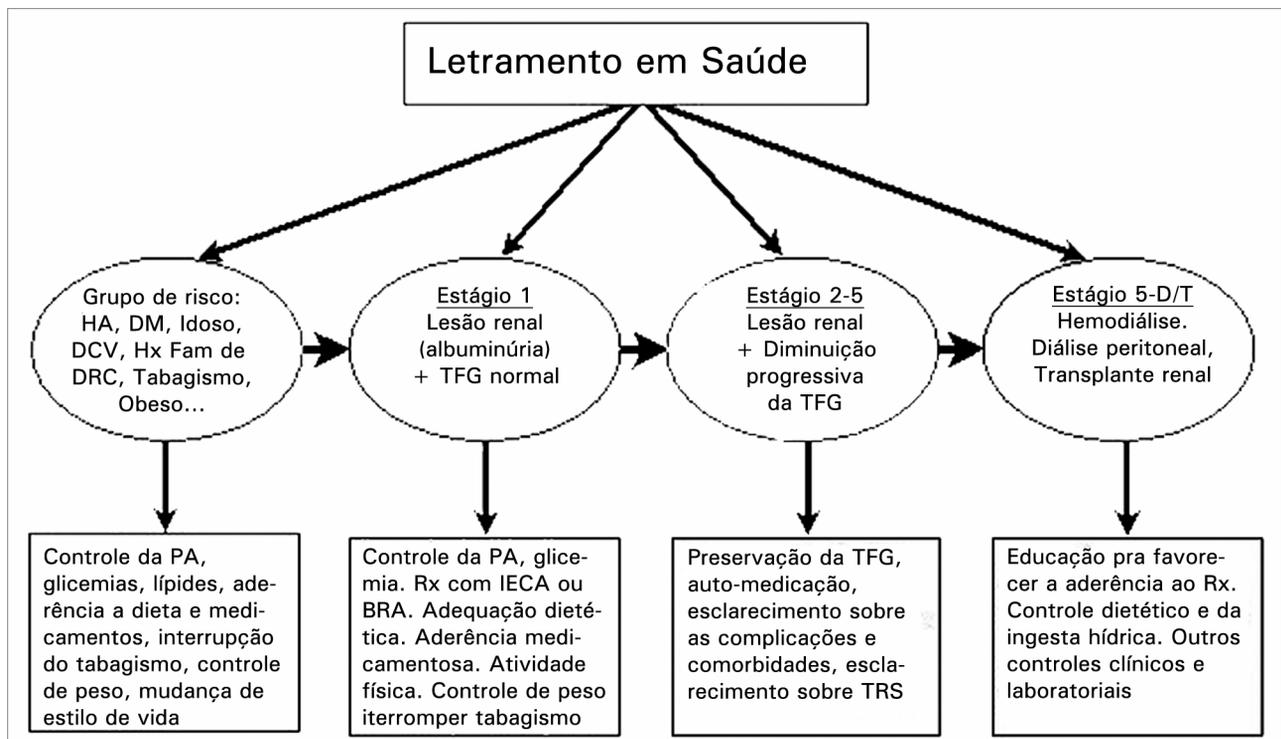
“medicalização”, isoladamente, não resolve todos os problemas de saúde do seu paciente cuja reabilitação pode depender de efetiva melhora da educação e do LS. Intervenções que otimizem o LS favorecem, por exemplo: (1) nos estágios iniciais da doença: aderência medicamentosa e consequente redução dos riscos associados às complicações decorrentes da doença e diminuição da velocidade de perda funcional renal; (2) na diálise: diminuição da ingesta hídrica e melhor controle do ganho de peso interdialítico; (3) no transplante renal: aderência à medicação imunossupressora; e (4) de maneira geral: melhores hábitos de vida por meio de dieta adequada e engajamento em atividades física⁶⁰ (Figura 2).

COMENTÁRIOS FINAIS

O LS inadequado é prevalente e se associa a desfechos clínicos indesejáveis que impactam desfavoravelmente na história natural de várias doenças crônicas, inclusive a DRC. Embora o LS inadequado seja mais comum nos segmentos sociais mais vulneráveis, qualquer indivíduo pode ser afetado. O estresse decorrente do diagnóstico de uma doença grave e a sobrecarga de informações médicas a serem seguidas contribuem

para o LS inadequado e, conseqüentemente, desencadeiam desfechos clínicos negativos. A identificação do nível de letramento não é fácil e não se deve esperar que o paciente revele a sua limitação. Não há necessidade de determinar o nível de LS regularmente, uma vez que níveis inadequados dificilmente são modificados sem estudos de intervenção, todavia, o entendimento do paciente sobre as informações relativas à sua doença deve ser avaliado a cada consulta. Na nefrologia, o manejo da DRC, doença frequente, grave e causada, geralmente, por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, igualmente graves e frequentes, demanda a necessidade de uma abordagem holística, envolvendo vários profissionais de saúde com suas respectivas “expertises”. Neste contexto, esses profissionais podem desempenhar um papel fundamental para a melhor evolução da doença, pela avaliação crítica da prática clínica e da melhoria da comunicação, do conhecimento e do comportamento, facilitando o acesso do paciente aos serviços de saúde. O LS é uma informação vital na promoção de melhores desfechos de saúde e uma ferramenta fundamental na eliminação das disparidades de saúde, levando-nos a recomendar a sua incorporação à lista de avaliação do paciente com doença renal.

Figura 2. Potenciais impactos favoráveis do Letramento em Saúde na DRC. HA: Hipertensão arterial; DM: Diabetes Mellitus; DVC: Doença cardiovascular; Hx Fam: História familiar; DRC: Doença renal crônica; TGF: Taxa de filtração glomerular; D/T: Diálise/Transplante; PA: Pressão arterial; Rx: Tratamento; IECA: Inibidor da enzima de conversão da angiotensina; TRS: Terapia renal substitutiva.



REFERÊNCIAS

1. 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. *Ann Fam Med* 2005;3:514-22.
2. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: Switzerland: Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR) and Health Education and Health Promotion Unit (HEP); 1998.
3. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
4. Murray S, Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K, Statistics Canada. Health Literacy in Canada: Initial Results from the International Adult Literacy and Skills Survey 2007. Ottawa: Canadian Council on Learning; 2007; Human Resources and Skills Development Canada, Statistics Canada. Building On Our Competencies: Canadian Results of the International Adult Literacy and Skills Survey 2003. Ottawa, Ontario: Ministry of Industry; 2003.
5. 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 Pública* 2009;43:631-8.
6. Maragno CAD. Associação entre Letramento em Saúde e Adesão ao Tratamento Medicamentoso [Mestrado]. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
7. INAF - Indicador de Alfabetismo Nacional. 2009. Disponível em: <http://www.ipm.org.br>. Acesso em 02.01.2012.
8. Kalichman SC, Ramachandran B, Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *J Gen Intern Med* 1999;14:267-73.
9. 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;231:883-9.
10. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. Evidence does not support clinical screening of literacy. *J Gen Intern Med* 2008;23:100-2.
11. Sarkar U, Karter AJ, Liu JY, Moffet HH, Adler NE, Schillinger D. Hypoglycemia is more common among type 2 diabetes patients with limited health literacy: the Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *J Gen Intern Med* 2010;25:962-8.
12. Bennett CL, Ferreira MR, Davis TC, Kaplan J, Weinberger M, Kuzel T, et al. Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *J Clin Oncol* 1998;16:3101-4.
13. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns* 2009;75:411-17.
14. Apter AJ, Paasche-Orlow MK, Remillard JT, Bennett IM, Ben-Joseph EP, Batista RM, et al. Numeracy and communication with patients: they are counting on us. *J Gen Intern Med* 2008;23:2117-24.
15. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med* 2005;118:371-7.
16. Baker DW, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med* 2008;13:791-8.
17. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health* 2002;92:1278-83.
18. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy and a mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *J Gen Intern Med* 2001;21:806-12.
19. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007;167:1503-9.
20. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med* 1998;158:166-72.
21. Finkelstein FO, Story K, Firaneck C, Barre P, Takano T, Soroka S, et al. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. *Kidney Int* 2008;74:1178-84.
22. Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, Eden S, Shintani A, Wallston KA, et al. Low literacy associates with increased mortality in ESRD. *J Am Soc Nephrol* 2010;21:1979-85.
23. Grubbs V, Gregorich SE, Perez-Stable EJ, Hsu CY. Health literacy and access to kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:195-200.
24. Pollock JB, Jaffery JB. Knowledge of phosphorus compared with other nutrients in maintenance dialysis patients. *J Ren Nutr* 2007;17:323-8.
25. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2005;20:175-84.
26. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med* 2002;34:383-9.
27. Communicating with patients who have limited literacy skills. Report of the National Work Group on Literacy and Health. *J Fam Pract* 1998;46:168-76.
28. Seligman HK, Wang FF, Palacios JL, Wilson CC, Daher C, Piette JD, et al. Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *J Gen Intern Med* 2005;20:1001-7.
29. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* 2004;19:1228-39.
30. Kelly PA, Haidet P. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. *Patient Educ Couns* 2007;66:119-22.
31. Jeppesen KM, Coyle JD, Miser WF. Screening questions to predict limited health literacy: a cross-sectional study of patients with diabetes mellitus. *Ann Fam Med* 2009;7:24-31.
32. Wallace LS, Rogers ES, Roskos SE, Holiday DB, Weiss BD. Brief report: screening items to identify patients with limited health literacy skills. *J Gen Intern Med* 2006;21:874-7.
33. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloohi S, Grill JP, Snyder A, et al. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med* 2008;23:561-6.
34. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med* 1993; 25:391-5.
35. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995;10:537-41.
36. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* 1999;38:33-42.
37. Kirsch I, Jungeblut A, Jnekins L, Kolstad A. Adult Literacy in America: a first look at the findings of the national adult literacy survey. Washington, DC: National Center of Education Statistics; 1993.
38. Soares M. Letramento: um tema em três gêneros. Belo Horizonte: Editora Autêntica; 2001.
39. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav* 2007;31:S19-26.
40. Devraj R, Gordon EJ. Health literacy and kidney disease: toward a new line of research. *Am J Kidney Dis* 2009;53:884-9.
41. Wright JA, Wallston KA, Elasy TA, Ikizler A, Cavanaugh KL. Development and results of a kidney disease knowledge survey given to patients with CKD. *Am J Kidney Dis* 2011;57:387-95.

42. Volandes AE, Paasche-Orlow MK. Health literacy, health inequality and a just healthcare system. *Am J Bioeth* 2007;7:5-10.
43. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization among the elderly. *Soc Sci Med* 2008;66:1809-16.
44. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67:2072-8.
45. Castro CM, Wilson C, Wang F, Schillinger D. Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *Am J Health Behav* 2007;31:S85-95.
46. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol* 2011;33:93-108.
47. Paasche-Orlow M. Caring for patients with limited health literacy: a 76-year-old man with multiple medical problems. *JAMA* 2011;306:1122-9.
48. Evans RG, Stoddart GL. Consuming research, producing policy? *Am J Public Health* 2003;93:371-9.
49. Weiss BD. Health literacy and patient safety: Help patient understand. A manual for clinicians. 2nd ed. Chicago (IL): American Medical Association Foundation; 2007.
50. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Educ Couns* 1996;27:33-9.
51. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:97-107.
52. Barry MJ. Health decision aids to facilitate shared decision making in office practice. *Ann Intern Med* 2002;136:127-35.
53. Woolf SH, Chan EC, Harris R, Sheridan SL, Braddock CH 3rd, Kaplan RM, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med* 2005;143:293-300.
54. Partnership for Clear Health Communication at the National Patient Safety Foundation. 2008. <http://www.npsf.org/askme3/PCHC/>. Acesso em 28.04.2012.
55. Wilson FL, Baker LM, Nordstrom CK, Legwand C. Using the teach-back and Orem's Self-care Deficit Nursing theory to increase childhood immunization communication among low-income mothers. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2008;31:7-22.
56. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health* 1989;10:163-80.
57. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-18.
58. Mayeaux EJ Jr, Murphy PW, Arnold C, Davis TC, Jackson RH, Sentell T. Improving patient education for patients with low literacy skills. *Am Fam Physician* 1996;53:205-11.
59. Levey AS, Stevens LA, Coresh J. Conceptual model of CKD: applications and implications. *Am J Kidney Dis* 2009;53:S4-16.
60. Devraj R, Gordon EJ. Health literacy and kidney disease: toward a new line of research. *Am J Kidney Dis* 2009;53:884-9.