

Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas

Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients

José Antonio Chehuen Neto ¹
Lucas Assis Costa ¹
Gabriela Mazorque Estevanin ¹
Tomás Costa Bignoto ¹
Camila Isabela Ribeiro Vieira ¹
Frederico Afonso Rios Pinto ¹
Renato Erothildes Ferreira ¹

Abstract *Functional Health Literacy (FHL) is the ability to retrieve, process and understand information in order to make appropriate decisions regarding self-care, defined by the World Health Organization as a social determinant of health. Its evaluation is important especially between patients with noncommunicable chronic diseases, given the need of permanent health care. This paper aims to evaluate the FHL in patients with chronic cardiovascular diseases and possible implications to the understanding of the disease and medical instructions and adherence to the measures proposed by health professionals. This is a cross-sectional and quantitative study with the application of tool S-TOFHLA and a structured questionnaire on 345 patients of a cardiovascular disease outpatient service in Juiz de Fora. Less than a half (49.3%) of the sample showed adequate FHL. Satisfactory FHL was associated with lower age and higher schooling. Lower FHL evidenced that it can influence the impaired comprehension of the disease and medical instructions and the rare habit to question professionals. A high prevalence of inadequate FHL was identified in our sample and was associated with the impaired understanding of the disease and medical instructions, showing the need to streamline medical communication in this group.*

Key words *Health literacy, Cardiovascular diseases, Chronic disease, Health promotion*

Resumo *Letramento Funcional em Saúde (LFS) é a capacidade de obter, processar e compreender informações de forma a tomar decisões apropriadas quanto ao autocuidado, definido pela Organização Mundial de Saúde como um determinante social da saúde. Sua avaliação tem importância especial em portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis, pela necessidade de cuidados permanentes em saúde. Os objetivos são avaliar o LFS em portadores de doenças cardiovasculares crônicas e possíveis implicações no entendimento da doença e orientações médicas e na adesão a medidas propostas por profissionais de saúde. Pesquisa transversal e quantitativa aplicando-se o instrumento S-TOFHLA e um questionário estruturado em 345 pacientes de um ambulatório de doenças cardiovasculares em Juiz de Fora. Menos da metade (49,3%) da amostra apresentou LFS adequado. O LFS satisfatório associou-se a menor idade e maior escolaridade. O baixo LFS mostrou influenciar o déficit de compreensão da doença e de orientações médicas e o hábito menor de questionar os profissionais. Houve alta prevalência de LFS inadequado na amostra, associado a prejuízo no entendimento da doença e de instruções médicas, expondo a necessidade de otimizar a comunicação médica nesse grupo.*

Palavras-chave *Letramento funcional em saúde, Doenças cardiovasculares, Doença crônica, Promoção da saúde*

¹ Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora. Av. Eugênio do Nascimento s/nº, Dom Bosco. 36038-330 Juiz de Fora MG Brasil. chehuen.neto@yahoo.com.br

Introdução

Na relação médico-paciente é possível identificar barreiras que comumente dificultam uma comunicação efetiva. Tais entraves podem se originar de dois polos: por dificuldades do profissional de saúde em fornecer instruções em uma linguagem adequada e clara, bem como por parte dos pacientes, na absorção de maneira incorreta ou incompleta das orientações recebidas. Ambos fatores têm um impacto importante para o desenvolvimento dos agravos de saúde e para a adesão às medidas médicas propostas. Assim, ainda persistem consideráveis dificuldades na compreensão das recomendações médicas importantes à prática do autocuidado devido a um eventual déficit de Letramento Funcional em Saúde (LFS) na população¹.

O LFS é um campo emergente dentro da área da promoção da saúde², definido como a capacidade de se obter, processar e compreender as informações e serviços básicos de forma a tomar decisões apropriadas quanto a própria saúde e cuidados médicos³. O termo “letramento em saúde” (*health literacy*) foi tratado pela primeira vez em 1974 por Simonds⁴, e apenas em 1999 foi reelaborado pela American Medical Association (AMA) como “Letramento Funcional em Saúde”, reconhecendo-o como um conjunto de habilidades que englobam “ler, entender e agir sobre a informação de saúde”⁵.

Em termos práticos, indivíduos com letramento satisfatório tendem a apresentar melhores condições de saúde, uma vez que teriam maior noção da importância de medidas preventivas ou maior facilidade para entender instruções sobre medicação^{1,6}. A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Commission on Social Determinants of Health, identificou o LFS como um dos determinantes sociais da saúde, estabelecendo uma relação entre esse e a qualidade de vida da população, ao considerá-lo como fundamental ao autocuidado⁷.

O LFS, entretanto, não se restringe à escolaridade do indivíduo, já que uma pessoa pode ter um bom nível de instrução formal e ainda assim não compreender as orientações médicas em relação a sua doença⁸. Inquéritos corroboram essa ideia, ao demonstrarem resultados semelhantes em países desenvolvidos e em desenvolvimento⁹. Em uma abordagem ampla, abrange, portanto, a capacidade de aplicar habilidades como de leitura, escrita ou cálculos no âmbito da saúde⁸.

Um dos maiores estudos desenvolvidos nesse campo demonstrou que no Reino Unido, Estados

Unidos, Austrália e Canadá, 20% a 50% da população tem baixa competência em LFS, o que pode comprometer o estado da saúde individual e coletiva¹⁰. No Brasil, as pesquisas são ainda muito incipientes, com escassos estudos atuais a nível nacional que demonstrem como esse fenômeno afeta o cuidado à saúde pela população brasileira, posto que apenas recentemente os pesquisadores brasileiros despertaram para esse fator^{1,8}.

A relevância da avaliação do LFS se evidencia de modo especial entre portadores de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT)^{11,12}. Considerando os cuidados permanentes necessários nesse grupo, como acompanhamento médico, prescrições farmacológicas e não farmacológicas (dieta e exercícios físicos, por exemplo), estes pacientes necessitam de seguimento adequado quanto às orientações em saúde para o correto autocuidado^{8,12}. Dentre as DCNTs destacam-se as doenças cardiovasculares como condições crônicas altamente prevalentes no Brasil e no mundo^{13,14}, portanto faz-se necessário uma abordagem do LFS de modo particular nesse grupo, já que a compreensão das informações de saúde pode interferir nos desfechos clínicos¹².

É notória a importância de se prosseguir novas investigações acerca do LFS em nosso país, visto que o conhecimento do tema por profissionais da saúde tem o potencial de ampliar o entendimento das instruções pelo paciente, permitindo-lhe melhor manejo da sua saúde, com notáveis benefícios individuais e sociais.

O presente estudo avalia, portanto, o Letramento Funcional em Saúde entre pacientes portadores de doenças cardiovasculares crônicas, bem como as possíveis implicações quanto ao entendimento da doença, das orientações médicas e na execução de medidas farmacológicas e não farmacológicas propostas pelos profissionais de saúde.

Metodologia

O delineamento do estudo é do tipo transversal, no qual fator e desfecho são medidos concomitantemente, e que estima a prevalência da variável de desfecho, que neste estudo corresponde ao grau de Letramento Funcional em Saúde entre pacientes cardiovasculares crônicos.

Trata-se de uma pesquisa aplicada, original, quantitativa e descritiva, realizada na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, abrangendo as cinco regiões demográficas mais densamente povoadas (norte, sul, centro, leste e oeste)¹⁵. A pesquisa foi

realizada no ambulatório de doenças cardiovasculares do Departamento de Clínicas Especializadas (DCE) PAM-MARECHAL do Sistema Único de Saúde, centro de referência no atendimento às demandas da atenção secundária da população juiz-forana, que recebe pacientes oriundos das diversas regiões do município, tornando a amostra em questão representativa.

Como instrumento principal de coleta dos dados, foi empregado o S-TOFHLA (Test of functional health literacy in adults - simplificado), um teste de avaliação do LFS validado para a língua portuguesa, composto por uma etapa de compreensão de leitura e uma etapa de numeramento. A primeira etapa consiste em um texto com instruções médicas (como informações sobre um exame, orientações sobre o jejum e contato com o hospital) a fim de avaliar o entendimento de informações em saúde. Esse texto apresenta 36 lacunas que devem ser completadas pela opção correta dentre 4 alternativas de múltipla escolha fornecidas. Cada acerto soma 2 pontos no escore, totalizando 72 pontos. Esse subteste é cronometrado por 7 minutos sem que o respondente seja comunicado e é interrompido caso este tempo seja ultrapassado. Em seguida, é aplicada a etapa de numeramento, em que quatro cartões são mostrados para avaliar a habilidade de cálculo do horário de uma medicação após 6 horas, o reconhecimento da normalidade de uma taxa glicêmica dados os valores de referência, data da próxima consulta e cálculo do horário de uma medicação dada em jejum. Para cada acerto nessa etapa são somados 7 pontos ao total. Assim, somados os pontos das duas etapas, é obtido o escore total de LFS, que atinge o valor máximo de 100 pontos. Conforme a pontuação obtida, este pode ser classificado como inadequado (0-53 pontos), marginal (54-66 pontos) ou adequado (67-100 pontos)¹⁶. Após esse instrumento, aplicou-se também um questionário estruturado composto de 8 questões e obteve-se também dados socioeconômicos como sexo, renda e escolaridade.

Nos pacientes idosos (≥ 60 anos), abordados no estudo, aplicamos inicialmente o Mini-Cog (Mental Status Assessment of Older Adults), teste de rastreio do nível de cognição, como forma de triagem, minimizando confundidores em razão do aumento da prevalência de condições demenciais entre os pacientes dessa faixa etária¹⁷, que comprometeriam a obtenção dos dados do estudo. Esse teste utiliza-se da memorização rápida de três palavras, associada ao teste do relógio, sendo considerados normais nessa triagem os idosos

que lembraram as três palavras, independentemente do resultado do teste do relógio, ou de uma ou duas palavras com um teste do relógio normal¹⁸. Assim, apenas os idosos cujo Mini-Cog demonstrava cognição preservada participaram do estudo.

Na população com idade inferior a 60 anos, por não apresentar prevalência tão importante quanto na população idosa¹⁹, optou-se por não utilizar o Mini-Cog. O reconhecimento de eventuais déficits na cognição foi feito através do questionamento pré-entrevista sobre a presença de qualquer comorbidade, não se incluindo no estudo os pacientes com relato de condições psiquiátricas ou neurológicas que interferem na capacidade cognitiva. Para os pacientes que não tiveram esse relato, foi utilizada a observação direta na própria entrevista, sendo os pesquisadores instruídos a interromperem-na caso notassem sinais de prejuízos cognitivo no participante.

Para o cálculo do tamanho da amostra para a investigação em desfechos de saúde, estimou-se a prevalência de LFS inadequado em 33,3%, tendo como base dados da literatura⁸. O erro máximo desejado foi de 4,7% e o nível de confiança foi 95% para populações finitas. Desta forma, o tamanho para a amostra foi inicialmente calculado em 342 pessoas. Posteriormente, foram acrescidos 15% para possíveis perdas por recusa ou questionários com erros, finalizando 394 indivíduos a serem abordados. Esse espectro amostral atendeu aos critérios e às necessidades estatísticas.

Como critérios de inclusão para o estudo definiu-se idade ≥ 18 anos, ser morador da cidade de Juiz de Fora/MG, ser portador de doença cardiovascular crônica por mais de 6 meses em acompanhamento no ambulatório em que a pesquisa foi realizada, ter mais de um ano de escolaridade e não possuir déficit visual que inviabilizasse a leitura do instrumento aplicado, bem como os pacientes idosos (≥ 60 anos) aprovados no Mini-Cog e pacientes <60 anos sem relatos de doenças psiquiátricas ou neurológicas que comprometem as funções cognitivas. Como perda amostral, a interrupção da entrevista por qualquer motivo (incluindo provável déficit cognitivo perceptível durante a entrevista para pacientes <60 anos) e questionário estruturado ou S-TOFHLA incompletos.

Os participantes foram abordados de forma padronizada por pesquisadores treinados, recebendo conhecimentos básicos sobre o estudo e convidados a participar do mesmo, consentindo voluntariamente com a assinatura do TCLE. Os pesquisadores foram treinados para a aplicação

da pesquisa através da realização de um estudo piloto com 20 indivíduos (não incluídos na amostra do estudo) a fim de identificar problemas na compreensão das perguntas, como maneira de garantir a qualidade da coleta dos dados e melhor adesão dos entrevistados.

As variáveis investigadas foram divididas em dois grupos: quantitativas contínuas (idade) e qualitativas dicotômicas as quais são sexo, renda, escolaridade e grau de LFS. Em seguida, foi realizada uma estatística descritiva e exploratória dos dados utilizando frequências absolutas (n), frequências relativas (%). A estatística da mediana foi usada para estratificação dos grupos nas análises de associação.

Para a análise comparativa das características das variáveis qualitativas dicotômicas, foram geradas tabelas de contingência 2X2 contendo as frequências absolutas (n) e relativas (%). Para verificar a associação entre as variáveis foi realizado o Teste do Qui-Quadrado de Independência (sem correção). O nível de significância para este teste é p-valor $\leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95%.

Para “estimar o risco” através de dados de prevalência utilizamos o termo “chance”. Frequentemente é utilizada uma medida de associação e/ou uma medida de efeito, que traduzem a associação entre exposição e doença; teoricamente, esses indicadores medem a força de uma associação entre variáveis epidemiológicas.

Neste estudo, no que se refere à análise de dados com desfechos binários, foi utilizada a regressão logística para estimar o risco (chance).

Nesta técnica, a variável dependente (desfecho) é uma variável aleatória dicotômica que assume o valor (1) se o evento de interesse ocorre ou (0) em caso contrário. A medida (estimador) que expressa o risco é a razão de chances prevalente (RCP) ou odds ratio (OR), a qual avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada à do não exposto. É um método bastante conhecido, disponível em diversos pacotes estatísticos e possui boas propriedades estatísticas.

A pesquisa foi desenvolvida nos meses seguintes após a aprovação do projeto pelo CEP/UFJF. A participação na pesquisa implicou risco mínimo aos participantes, ou seja, não houve interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social bem como da intimidade, conforme os parâmetros contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF). Para o tratamento estatístico e montagem do banco de dados foi utilizado o Software estatístico SPSS Versão 15.0[®], 2010.

Resultados

Foram abordados um total de 394 indivíduos. Destes, 43 se recusaram a participar da pesquisa (10,91%). Dos 351 entrevistados, 6 se enquadraram nos critérios de perda amostral (1,71%), contemplando uma amostra de 345 indivíduos. As variáveis de estudo foram agrupadas da seguinte forma para análise estatística: idade estratificada (até 56 anos e mais de 56 anos); sexo (feminino ou masculino); renda (até 1 salário mínimo ou mais de 1 salário mínimo) e escolaridade (até 4 anos de escolaridade ou acima de 4 anos de escolaridade), Letramento Funcional em Saúde (adequado ou marginal/inadequado).

A média etária da população analisada foi de $55 \pm 12,5$ anos e a mediana de 56 anos. Houve uma predominância de indivíduos do sexo feminino (67,5%) em relação aos do sexo masculino (32,5%) na amostra em questão. Quanto à renda, 38,3% dos entrevistados possuíam remuneração de até 1 salário mínimo e em relação à escolaridade 44,3% haviam cursado do 1º ao 4º ano do ensino fundamental (Tabela 1).

Houve maior prevalência de pacientes com mais de 10 anos de diagnóstico de doença, que representaram 56,2% dos entrevistados. Quando questionados se entendiam claramente sua condição de saúde, 26,7% dos participantes afirmaram não a compreender. 62% afirmaram sentir necessidade de obter mais informações sobre a sua doença. Enquanto isso, um terço da amostra (33,3%) disse sentir dificuldades na compreensão das orientações médicas, porcentagem semelhante à de pacientes que referiram dificuldades em controlar os horários de seus medicamentos (35,7%). Sobre a adesão das medidas não farmacológicas orientadas pelo profissional de saúde, 28,7% afirmaram não as seguir por não as entender muito bem, enquanto 24,9% referiram a não adesão por não as considerar importantes. Uma porção expressiva da amostra (86,7%) disse fazer perguntas aos profissionais de saúde para solucionar as suas dúvidas e compreender melhor sua condição (Tabela 2).

O LFS médio da amostra foi de 65,18, com média de 44,32 na parte de compreensão de leitura e 20,9 em numeramento. Menos da metade

Tabela 1. Percentuais dos dados socioeconômicos dos 345 entrevistados.

	Frequência	Percentual
Sexo		
Masculino	112	32,5
Feminino	233	67,5
Renda		
Até 1 salário mínimo	132	38,3
1 a 2 salários	168	48,7
3 a 4 salários	38	11,0
5 a 15 salários	7	2,0
Escolaridade		
1° ao 4° ano fundamental	153	44,3
5° ao 9° ano fundamental	90	26,1
Ensino médio completo	89	25,8
Ensino superior completo	13	3,8
Região		
Norte	109	31,6
Sul	65	18,8
Leste	99	28,7
Oeste	39	11,3
Centro	33	9,6

(49,3%) da amostra apresentou LFS adequado, sendo que 30,1% dos pacientes avaliados apresentaram LFS inadequado e 20,6% tiveram o tratamento classificado como marginal; resultado que confirma os dados dos estudos nacionais e internacionais sobre o tema. A amostra obteve um resultado melhor na seção de numeramento, na qual 39,4% acertaram os quatro cartões, e 31,6% erraram apenas um, havendo somente 6 indivíduos (1,7%) que não obtiveram nenhuma pontuação nessa seção.

Em relação ao gênero (Tabela 3), dos 112 homens participantes da pesquisa, 45,5% afirmaram apresentar dificuldade para compreender efetivamente sua doença. Já entre as mulheres, apenas 27,5% disseram sentir dificuldade semelhante. Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,001$) e observou-se que os homens apresentaram chance 102,8% maior de possuir um déficit no entendimento da sua patologia (RCP = 2,208). O resultado no subteste de numeramento também foi estatisticamente significativo para gênero ($p = 0,001$). Nesse quesito, 70,3% da parcela masculina da amostra obteve pontuação de até 21 pontos. Entre a parcela feminina, 54,8% apresentou essa pontuação. Assim, pertencer ao sexo masculino associou-se a uma

Tabela 2. Perguntas avaliadas no questionário.

Perguntas do questionário	Frequência	Percentual
Há quanto tempo tem o diagnóstico da sua doença?		
> de 10 anos	194	56,2
7 a 10 anos	45	13,0
5 a 7 anos	38	11,0
3 a 5 anos	27	7,8
1 a 3 anos	15	4,3
Menos de 1 ano	26	7,5
Entende de forma clara a sua doença?		
Sim	253	73,3
Não	92	26,7
Tem necessidade de obter mais informações sobre a sua doença?		
Sim	214	62,0
Não	131	38,0
Tem dificuldade em entender as orientações dadas pelo médico?		
Sim	115	33,3
Não	230	66,7
Tem dificuldade em controlar os horários dos medicamentos que utiliza?		
Sim	123	35,7
Não	222	64,3
Deixa de seguir recomendações relacionadas à dieta ou prática de exercícios físicos por não as entender muito bem?		
Sim	99	28,7
Não	246	71,3
Deixa de realizar alguma orientação médica por achar que não é importante para melhorar sua condição?		
Sim	86	24,9
Não	259	75,1
Faz perguntas aos profissionais da saúde para entender melhor sua situação de saúde?		
Sim	299	86,7
Não	46	13,3

chance 94,8% maior de alcançar uma pontuação inferior na seção de numeramento.

Quanto à idade, deve-se salientar que essa foi dividida, para a análise estatística, em 2 ca-

Tabela 3. Resultados para a variável gênero.

Gênero	total	Em função das respostas afirmativas *		P	RCP	IC 95%
		N	%			
Q2 – Você entende de forma clara a sua doença?						
Masculino	112	76	67,9	0,111	0,668	0,406 – 1,099
Feminino	233	177	76,0			
Q3 – Você sente necessidade de obter mais informações sobre ela?						
Masculino	112	74	66,1	0,283	1,294	0,808 – 2,072
Feminino	233	140	60,1			
Q4- Você tem dificuldade em entender as orientações dadas pelo médico?						
Masculino	112	51	45,5	0,001	2,208	1,380 – 3,533
Feminino	233	64	27,5			
Q5 – Você tem dificuldade em controlar os horários dos medicamentos que utiliza?						
Masculino	112	41	36,6	0,797	1,063	0,665 – 1,700
Feminino	233	82	35,2			
Q6 – Você deixa de seguir orientações relacionadas a dieta ou exercícios físicos por não as entender muito bem?						
Masculino	112	38	33,9	0,136	1,448	0,889 – 2,359
Feminino	233	61	26,2			
Q7 – Você deixa de realizar alguma orientação médica por achar que não é importante para melhorar sua condição?						
Masculino	112	25	22,3	0,438	0,810	0,476 – 1,379
Feminino	233	61	26,2			
Q8 – Você faz perguntas aos profissionais de saúde para entender melhor sua situação de saúde?						
Masculino	112	97	86,6	0,982	0,992	0,512 – 1,925
Feminino	233	202	86,7			
S-TOFHILA						
Gênero	total	LFS marginal ou inadequado		P	RCP	IC 95%
		N	%			
Masculino	112	60	53,6	0,463	1,184	0,754 – 1,860
Feminino	233	115	49,4			
Gênero	total	Acerto de 3 ou menos questões no numeramento		P	RCP	IC 95%
		N	%			
Masculino	112	78	70,3	0,001	1,948	1,201 – 3,158
Feminino	233	125	54,8			

Nota: * (responderam “sim” no questionário).

tegorias com base na mediana (56 anos). Sendo assim, 42,1% dos indivíduos com idade até 56 anos apresentaram LFS Inadequado ou Marginal segundo o resultado no S-TOFHILA. Já entre aqueles com mais de 56 anos, uma proporção maior apresentou LFS abaixo do considerado adequado, correspondendo a 59,9% dessa faixa etária. Essa diferença foi altamente significativa ($p = 0,001$), levando a concluir que menor idade representa um fator de proteção de 51,2% para apresentar maiores níveis de LFS (RCP = 0,488).

No que diz respeito à renda (Tabela 4), quando questionados sobre a dificuldade de controlar os

horários dos medicamentos que utilizam, 43,2% dos que possuem renda de até 1 salário mínimo responderam afirmativamente, em oposição a 31% daqueles que ganham mais de um salário ($p = 0,022$). Essa diferença resultou em 69,3% mais chance (RCP = 1,693) daqueles com menor renda cursarem com problemas no controle dos horários de suas medicações. Quanto ao cumprimento de recomendações não farmacológicas (dieta e exercícios físicos), 37,9% dos indivíduos com baixa renda afirmaram não as seguir por não as entender plenamente, contra apenas 23% dos que ganham além de 1 salário ($p = 0,003$). Portanto,

Tabela 4. Resultados para a variável renda.

Renda	total	Em função das respostas afirmativas *		P	RCP	IC 95%
		N	%			
Q2 – Você entende de forma clara a sua doença?						
Até 1 salário	132	88	66,7	0,027	0,582	0,359 – 0,944
> 1 salário	213	165	77,5			
Q3 – Você sente necessidade de obter mais informações sobre ela?						
Até 1 salário	132	83	62,9	0,798	1,060	0,677 – 1,660
> 1 salário	213	131	61,5			
Q4- Você tem dificuldade em entender as orientações dadas pelo médico?						
Até 1 salário	132	54	40,9	0,019	1,725	1,093 – 2,724
> 1 salário	213	61	28,6			
Q5 – Você tem dificuldade em controlar os horários dos medicamentos que utiliza?						
Até 1 salário	132	57	43,2	0,022	1,693	1,079 – 2,656
> 1 salário	213	66	31,0			
Q6 – Você deixa de seguir orientações relacionadas a dieta ou exercícios físicos por não as entender muito bem?						
Até 1 salário	132	50	37,9	0,003	2,041	1,269 – 3,281
> 1 salário	213	49	23,0			
Q7 – Você deixa de realizar alguma orientação médica por achar que não é importante para melhorar sua condição?						
Até 1 salário	132	41	31,1	0,038	1,682	1,026 – 2,757
> 1 salário	213	45	21,1			
Q8 – Você faz perguntas aos profissionais de saúde para entender melhor sua situação de saúde?						
Até 1 salário	132	107	81,1	0,016	0,468	0,250 – 0,876
> 1 salário	213	192	90,1			
S-TOFHILA						
Renda	total	LFS marginal ou inadequado		P	RCP	IC 95%
		N	%			
Até 1 salário	132	70	53,0	0,500	1,161	0,752 – 1,794
> 1 salário	213	105	49,3			
Renda	total	Acerto de 3 ou menos questões no numeramento		P	RCP	IC 95%
		N	%			
Até 1 salário	132	92	71,3	0,001	2,218	1,389 – 3,541
> 1 salário	213	111	52,9			

Nota: * (responderam “sim” no questionário).

ganhar até 1 salário aumenta a chance de não seguir recomendações não farmacológicas devido a déficit no seu entendimento em 104,1% (RCP = 2,041).

Em relação à não realização de orientações médicas por não as considerar importantes, ganhar até 1 salário mínimo aumentou em 68,2% a chance dessa conduta (RCP = 1,682; $p = 0,038$). Além disso, a renda também teve forte correlação estatística com o questionamento aos profissionais da saúde para a melhor compreensão da doença, demonstrando-se como fator de proteção de 53,2% (RCP = 0,468). 90,1% dos entre-

vistados com mais de 1 salário mínimo mensal afirmaram apresentar este hábito, contrastando com 81,1% no grupo dos menos assalariados ($p = 0,016$).

Quando avaliada a pontuação do S-TOFHILA, apenas a seção de numeramento apresentou significância estatística para renda ($p = 0,001$). 71,3% dos indivíduos com até 1 salário mínimo obtiveram 21 pontos (3 acertos) ou menos, enquanto no grupo melhor assalariado essa porcentagem foi significativamente menor (52,9%). Ter menor salário, portanto, associou-se a um aumento de 121,8% da chance de obter uma

pontuação baixa na etapa de numeramento (RCP = 2,218).

Para a variável escolaridade (Tabela 5), viu-se que 81,85% dos entrevistados com escolaridade superior ao 4º ano do ensino fundamental referiram compreender de forma clara sua situação de saúde, sendo que no grupo de menor escolaridade esse percentual foi significativamente inferior (62,7%), com p-valor 0,001 (RCP = 0,375). Sobre a compreensão das orientações médicas, 45,8% daqueles com baixa escolaridade apresentaram dificuldades em entendê-las, com uma chance quase duas vezes maior (RCP = 2,755) em rela-

ção ao grupo com maior escolaridade, no qual 23,4% referiram dificuldades semelhantes ($p = 0,001$).

Também houve correlação significativa entre a escolaridade e a não adesão às orientações não farmacológicas pela não compreensão das mesmas, alcançando uma porcentagem de 36,6% entre os indivíduos com poucos anos de estudo, contra 22,4% dos indivíduos com maior escolaridade ($p = 0,004$). Logo, a chance de apresentar tal conduta teve acréscimo de 100% dentre os pacientes que cursaram até o 4º ano do ensino fundamental (RCP = 2,000). Além disso, 57,9%

Tabela 5. Resultados para a variável escolaridade.

Escolaridade	total	Em função das respostas afirmativas *		P	RCP	IC 95%
		N	%			
Q2 – Você entende de forma clara a sua doença?						
Até 4 anos	153	96	62,7	0,001	0,375	0,230 – 0,614
> 4 anos	192	157	81,8			
Q3 – Você sente necessidade de obter mais informações sobre ela?						
Até 4 anos	153	97	63,4	0,640	1,110	0,716– 1,721
> 4 anos	192	117	60,9			
Q4- Você tem dificuldade em entender as orientações dadas pelo médico?						
Até 4 anos	153	70	45,8	0,001	2,755	1,737 – 4,369
> 4 anos	192	45	23,4			
Q5 – Você tem dificuldade em controlar os horários dos medicamentos que utiliza?						
Até 4 anos	153	60	40,5	0,092	1,463	0,939 – 2,279
> 4 anos	192	61	31,8			
Q6 – Você deixa de seguir orientações relacionadas a dieta ou exercícios físicos por não as entender muito bem?						
Até 4 anos	153	56	36,6	0,004	2,000	1,247 – 3,209
> 4 anos	192	43	22,4			
Q7 – Você deixa de realizar alguma orientação médica por achar que não é importante para melhorar sua condição?						
Até 4 anos	153	47	30,7	0,026	1,739	1,064 – 2,844
> 4 anos	192	39	20,3			
Q8 – Você faz perguntas aos profissionais de saúde para entender melhor sua situação de saúde?						
Até 4 anos	153	123	80,4	0,002	0,373	0,195 – 0,713
> 4 anos	192	176	91,7			
S-TOFHLA						
Renda	total	LFS marginal ou inadequado		P	RCP	IC 95%
		N	%			
Até 4 anos	153	102	66,7	0,001	3,260	2,090 – 5,087
> 4 anos	192	73	38,0			
Renda	total	Acerto de 3 ou menos questões no numeramento		P	RCP	IC 95%
		N	%			
Até 4 anos	153	114	75,5	0,001	3,427	2,145 – 5,475
> 4 anos	192	89	47,4			

Nota: * (responderam “sim” no questionário).

dos pacientes com menor escolaridade afirmaram não ter seguido alguma orientação médica por desconsiderar sua importância, em contraste com 30,7% dos entrevistados com maior escolaridade ($p = 0,026$). Verificou-se, assim, um aumento de chance de 73,9% de não aderir a instruções médicas entre os indivíduos com menos anos de estudo por desconsiderar a importância destas ($RCP = 1,739$).

Mostrou-se estatisticamente significativa, também, a correlação entre maior escolaridade e maior questionamento aos profissionais de saúde ($p = 0,002$), com fator de proteção de 62,7% ($RCP = 0,373$), já que dentre os entrevistados com escolaridade maior que 4 anos, 91,7% afirmaram fazer perguntas aos profissionais de saúde, em relação a 80,4% dos participantes com escolaridade baixa. O LFS total também se correlacionou com o grau de escolaridade, com significância estatística para a parte de compreensão de leitura e de numeramento, que apresentaram RCP de 3,427 e 3,100, respectivamente. 66,7% dos pacientes com baixa escolaridade apresentaram LFS inadequado ou marginal. Em contrapartida, essa porcentagem foi de apenas 38% para os entrevistados com maior grau de escolaridade. Assim, esse resultado é estatisticamente significativo ($p = 0,001$), com aumento de 226% de chance ($RCP = 3,260$).

Houve também correlações significativas entre o LFS e algumas variáveis de estudo. Percebeu-se na amostra que um baixo LFS está relacionado com um déficit de compreensão da doença ($p = 0,003$), na medida em que 64,1% dos pacientes com letramento marginal ou inadequado referiram não a compreender, sendo que no grupo com LFS adequado essa porcentagem alcançou 35,9%. Quanto ao entendimento das orientações médicas, também houve significância estatística ($p = 0,048$), já que 58,3% dos pacientes com baixo letramento afirmaram não as entender plenamente, contra apenas 41,2% dentre os pacientes com LFS adequado.

Observou-se uma associação entre baixo LFS e menor hábito de se questionar os profissionais de saúde acerca de sua doença. ($p = 0,001$). 76,8% dos pacientes com letramento de saúde insuficiente admitiram não fazer perguntas sobre sua condição de saúde. Já no grupo dos pacientes com LFS adequado, essa taxa foi de apenas 23,9%.

Por fim, um dado interessante observado foi que especificamente no item de numeramento do S-TOFHLA, houve correlação entre esse escore e a capacidade de controle do horário das medicações ($p = 0,001$). Isso porque entre os res-

pondentes com desempenho igual ou inferior à mediana (21 pontos, isto é, acerto de 3 cartões), 76,4% afirmaram ter dificuldades na administração dos horários dos diferentes medicamentos. Para os pacientes que não obtiveram erro nesse subteste, apenas 25,4% relataram apresentar este problema. Assim, percebe-se que a seção de numeramento, ao trazer perguntas relacionadas a capacidade de entender corretamente intervalos entre doses e administração de medicações, conseguiu detectar aqueles pacientes com dificuldades no manuseio adequado dos horários dos seus medicamentos.

Discussão

O conhecimento do nível de letramento em saúde da população é uma informação de extrema importância para garantir a promoção da saúde. No entanto, trata-se de um assunto cuja abordagem é recente no Brasil, sendo escassos os estudos nacionais que versam sobre a influência desse fator no manejo à saúde pelos pacientes. Assim, esta pesquisa traz significativa contribuição e sua abordagem é inovadora por direcionar a avaliação do LFS para o grupo de pacientes portadores de doenças cardiovasculares crônicas, com ênfase no entendimento da doença e orientações médicas e na prática do autocuidado. Outros dois estudos brasileiros igualmente atuais foram realizados junto a pacientes diabéticos, sendo que um deles teve como população alvo apenas pacientes de 19 a 59 anos e o outro somente idosos^{2,8}. Já o presente estudo abrange ambas faixas etárias.

Vários são os fatores que impactam no nível de LFS do indivíduo, de maneira que tanto em nosso estudo como em outros, a idade configurou-se como um deles²⁰. Dessa forma, foi observado que idades mais avançadas se relacionam a níveis mais baixos de LFS. Essa relação é claramente influenciada por variáveis como anos de estudo e hábitos de leitura, constatando-se que a maioria dos indivíduos dessa faixa etária possui baixa escolaridade². Autores referem que isso pode ser justificado, provavelmente, pela situação educacional precária e menos acessível em nosso país no passado²¹.

Verifica-se, ainda, a influência de condicionantes sociais e demográficos^{2,20} sobre o LFS, dentre os quais destaca-se o nível socioeconômico. Sendo assim, foi observada, em nosso estudo, uma associação da baixa renda com pontuações inferiores na seção de numeramento do instrumento S-TOFHLA, o que alerta para a dificul-

dade de controlar os horários dos medicamentos entre os pacientes entrevistados com menor nível socioeconômico. Esse achado corrobora os relatórios da OMS, segundo os quais o limitado Letramento Funcional em Saúde segue um gradiente social e reforça ainda mais as desigualdades existentes em um país¹⁴.

A escolaridade também é um determinante social com a qual o LFS mostra-se vinculado, de tal forma que os resultados deste estudo demonstraram uma relação significativa entre menor escolaridade e baixa capacidade em compreender as instruções médicas. Essa associação pode ser explicada pelo fato de o letramento estar intimamente relacionado a competências que são trabalhadas e ensinadas em ambiente escolar, como habilidade de leitura, escrita e cálculos e compreensão de símbolos matemáticos^{1,2}.

A associação entre gênero e nível de letramento é frequentemente observada em estudos sobre o assunto, sendo o baixo letramento em saúde comumente associado ao sexo masculino^{20,22}. Tal relação, porém, não se mostra constante, com alguns estudos referindo não ser significativa², ou até mesmo maior letramento no sexo masculino²³. A divergência entre a relação de nível de letramento e gênero pode ser devido a diferenças socioculturais dos locais onde as pesquisas foram realizadas²⁰. Nossa pesquisa segue o padrão mais frequente, evidenciando menor nível de LFS entre os homens e, por conseguinte, maior dificuldade na compreensão clara de sua situação de saúde.

Nossa pesquisa segue a tendência encontrada em outros trabalhos ao observar uma associação entre baixo grau de LFS e baixo nível socioeconômico, idade avançada, baixa escolaridade e sexo masculino^{2,20}. Outros estudos também demonstram uma associação do baixo LFS com grupos étnicos minoritários e imigrantes, aspecto que não evidenciamos, mas cuja avaliação se mostra igualmente importante².

Sabe-se que a qualidade da atenção à saúde e o sucesso do seu manejo pelo paciente passam pelo seu nível de entendimento da doença¹. No entanto, estudos prévios sugeriram que o baixo LFS impossibilita a aquisição e apreensão de informações em saúde, fundamentais para plena compreensão da doença por seus portadores²⁴. Pesquisa realizada com diabéticos revelou que o entendimento destes acerca da doença estava intimamente associado ao grau de LFS que apresentavam, não sendo encontrada, por exemplo, uma associação tão significativa para a capacidade de controle glicêmico⁸. Da mesma forma,

nosso estudo evidenciou que a compreensão das condições cardiovasculares esteve associada ao grau de LFS, visto que mais da metade (64,1%) dos pacientes com letramento não adequado referiu não compreender sua doença plenamente.

Destaca-se ainda, em nosso estudo, que muitos entrevistados afirmaram apresentar dificuldade quanto aos horários de seus medicamentos. Essa afirmação foi confirmada pelo baixo escore de 76,4% desses mesmos entrevistados na seção de numeramento do S-TOFHLA, em que são avaliados, dentre outros aspectos, a compreensão do paciente acerca do que seria tomar uma medicação em jejum, bem como a habilidade de cálculo do intervalo entre doses. Assim, observou-se que o manejo adequado ou não de medicamentos advém, em grande parte, do entendimento dos horários de administração propostos pelo médico e da aplicação de conceitos matemáticos básicos, não dominados, por vezes, por aqueles que contam com baixo LFS¹. Semelhante déficit de entendimento também foi encontrado por outros autores, os quais demonstraram que 25,4% dos entrevistados não compreendiam o horário de utilização da medicação prescrita, enquanto 2% apresentavam muito pouco conhecimento e 8,6% pouco conhecimento²⁵.

Pacientes com baixo LFS também teriam dificuldades de entender e assimilar as orientações médicas, fato demonstrado pelo prejuízo desse grupo na execução das instruções necessárias para determinados procedimentos ou exames, no seguimento inadequado ou incompleto das prescrições médicas e em outras tarefas em saúde²⁶. Isso foi observado em nosso estudo, visto que 58,3% dos portadores de doenças cardiovasculares crônicas da amostra com inadequado LFS disseram não compreender as orientações médicas. Segundo outros autores, essa dificuldade de compreensão das instruções em saúde nos detentores de LFS insatisfatório parece conduzir a uma ausência de autoconfiança na habilidade de praticar o autocuidado, sendo mais um fator que prejudica a adesão ao tratamento²⁷.

Outro entrave para os pacientes com baixo LFS é a habilidade de comunicação. Esses frequentemente são relutantes para esclarecer suas dúvidas, expor preocupações e participar da decisão do tratamento clínico a ser adotado²³. Essa tendência foi constatada nos pacientes de nossa amostra ao questionar se faziam perguntas sobre sua condição aos profissionais de saúde. Uma porcentagem expressiva de pacientes (76,8%) com LFS insatisfatório admitiu não apresentar esse hábito.

É importante ressaltar que o não entendimento pleno da doença nos pacientes com um baixo LFS ocorre por dificuldades inerentes ao indivíduo. Porém, essas não devem ser destacadas como únicas determinantes do déficit de compreensão. A inabilidade dos profissionais de saúde em reconhecer níveis de LFS inadequados e por sua vez comunicar-se através de linguagem compreensível já foi alertada por outras pesquisas, o que demonstra a importância da sua avaliação²⁸. A Sociedade Americana de Insuficiência Cardíaca sugere, inclusive, que o grau de LFS do paciente seja obtido e registrado no prontuário médico, tamanha a importância desse fator na relação médico-paciente²⁹.

Dessa forma, destaca-se a importância do uso de linguagem simples pelos profissionais ao transmitir orientações aos pacientes, especialmente para aqueles com menor escolaridade, fator que predispõe a um LFS baixo. Os profissionais da saúde, desconhecendo o grau de LFS dos seus pacientes, por vezes, utilizam uma linguagem especializada, fornecem informações insuficientes e não se certificam se foram assimiladas¹. Sabe-se que as práticas de saúde em geral também devem ser pautadas para permitir melhor entendimento e capacidade de autocuidado pelo indivíduo, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes e menor morbidade ao longo do tempo.

Este estudo, portanto, amplia o conhecimento acerca do nível de LFS em pacientes cardiovasculares crônicos, almejando que as informações sejam úteis para despertar a atenção dos profissionais da saúde para o grau de letramento em saúde dos seus pacientes, de forma a garantir uma comunicação mais adequada e efetiva. Entretanto, teve como limitação o fato de restringir-se a um município, não apresentando uma abordagem multicêntrica a nível regional ou estadual.

Conclusões

Observou-se um baixo Letramento Funcional em Saúde na amostra de portadores de doenças cardiovasculares, havendo relação estatisticamente significativa com renda baixa (inferior a 1 salário mínimo) e escolaridade igual ou inferior a 4 anos. Além disso, a alta prevalência de LFS inadequado pôde ser correlacionada com um menor conhecimento sobre a doença, dificuldades na compreensão das orientações médicas e ausência do hábito de questionar suas dúvidas aos profissionais de saúde. Pacientes com déficit no teste

de numeramento, por sua vez, demonstraram clara dificuldade no entendimento dos horários de medicamentos.

Assim, considerando-se a alta significância estatística quanto aos resultados do baixo LFS com escolaridade e renda reduzidas, sugerimos a introdução de metodologias que otimizem a comunicação médico-paciente especialmente nestes grupos. É necessário que se desenvolvam medidas educativas para que os profissionais de saúde possam ajustar sua linguagem, receituários e outros instrumentos de comunicação às necessidades e competências dos pacientes mais susceptíveis a déficits no LFS.

Com base na pesquisa bibliográfica, sugerimos estimular a conscientização sobre o tema, que ainda é pouco discutido na comunidade médica, como medida para o enfrentamento dessa realidade, reduzindo os impactos negativos nas condições de saúde dos pacientes ao longo dos anos de tratamento.

Colaboradores

JA Chehuen Neto foi o orientador do grupo, responsável pela revisão e aprimoramento de todas as etapas da pesquisa, desde a definição do tema à submissão final do trabalho, aprofundamento da discussão e lapidação do artigo como um todo. LA Costa, GM Estevanin e TC Bignoto auxiliaram na revisão de literatura, preparação do Protocolo de Pesquisa, construção do instrumento de coleta de dados e do TCLE, aplicação do instrumento de coleta de dados, redação da introdução, discussão, conclusão e resumo. CIR Vieira e FAR Pinto participaram da revisão da literatura, construção do instrumento de coleta de dados e do TCLE, aplicação do instrumento de coleta de dados, tabulação dos dados, elaboração da introdução, discussão, conclusão e resumo. RE Ferreira trabalhou na elaboração da metodologia e dos resultados, construção das tabelas de resultados, análise estatística/cruzamento de dados.

Referências

1. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface (Botucatu.)* 2012; 16(41):301-314.
2. Santos MIPO, Portella MR. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(1):144-152.
3. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med* 2005; 3(6):514-522.
4. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Educ Monogr* 1974; 2(1):1-10.
5. American Medical Association ad hoc committee on health literacy (AMA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. *JAMA* 1999; 281(6):552-557.
6. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beibly JJ. Health literacy: a new concept for general practice? *Aust Fam Physician* 2009; 38(3):144-147.
7. World Health Organization (WHO). *Closing the gap in a generation: healthy equity through action on the social determinants of health*. Geneva: Commission Social Determinants of Health (CSDH); 2008.
8. Sampaio HAC, Carioca AAF, Sabry MOD, Santos PM, Coelho MAM, Passamai MPB. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):865-874.
9. World Health Communication Associates (WHCA). *Health literacy: "the basics revised edition"*. Birmingham: WHCA; 2011.
10. World Health Communication Associates (WHCA). *Health literacy: part 2 evidence and case studies*. Birmingham: WHCA; 2010.
11. Schillinger D. Improving the quality of chronic disease management for populations with low functional health literacy: a call to action. *Disease Management* 2001; 4(3):103-109.
12. Santos L, Mansur HN, Paiva TF, Colugnati FA, Bastos MG. Health literacy: importance of assessment in nephrology. *J Bras Nefrol* 2012; 34(3):293-302.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
14. World Health Organization (WHO). *World Health Statistics*. Geneva: WHO; 2013.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
16. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, Formigoni AP, Frota N, Guariglia C, Jacinto AF, Kato EM, Lima EP, Mansur L, Moreira D, Nóbrega A, Porto CS, Senaha MLH, da Silva MNM, Smid J, Souza-Talarico JN, Radanovic M, Nitrini R. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):631-638.
17. Atalaia-Silva KC, Ribeiro PCC, Lourenço RA. Epidemiologia das demências. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2008; 7(1):46-51.
18. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitallano P, Dokmak A. The Mini-Cog: A cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15(11):1021-1027.
19. Bertolucci PHF. Demência em jovens: exame inicial e causas mais comuns. *Psicologia: Teoria e Prática* 2000; 2(2):31-42.
20. Rocha PC, Lemos SMA. Letramento em saúde: Revisão. *Rev. CEFAC* 2016; 18(1):214-225.
21. Torquato R, Massi G, Santana AP. Envelhecimento e Letramento: A Leitura e a Escrita na Perspectiva de Pessoas com Mais de 60 Anos de Idade. *Psicol. Reflex. Crit.* 2011; 24(1):89-98.
22. Shah L, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore R. Health Literacy Instrument in Family Medicine: The "Newest Vital Sign" Ease of Use and Correlates. *J Am Board Fam Med* 2010; 23(2):195-203.
23. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ. Res* 2010; 25(3):464-477.
24. Peterson PN, Shetterly SM, Clarke CL, Bekelman DB, Chan OS, Allen LA, Matlock DD, Magid DJ, Masouidi FA. Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure. *JAMA* 2011; 305(16):1695-1701.
25. Portela AS, Simões MOS, Fook SML, Montenegro Neto AN, Silva PC. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):3523-3528.
26. Davis TC, Wolf MS, Bass PF 3rd, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, Parker RM. Literacy and misunderstanding prescription labels. *Ann Intern Med* 2006; 145(12):887-894.
27. Chen AMH, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health Literacy and Self-Care of Patients with Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs* 2011; 26(6):446-451.
28. Seligman HK, Wang FE, Palacios JL, Wilson CC, Daher C, Piette JD, Schillinger D. Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *J Gen Intern Med* 2005; 20(11):1001-1007.
29. Evangelista LS, Rasmusson KD, Laramée AS, Barr J, Ammon SE, Dunbar S, Ziesche S, Patterson JH, Yancy CW. Health literacy and the patient with heart failure--implications for patient care and research: a consensus statement of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail* 2010; 16(1):9-16.

Artigo apresentado em 20/09/2016

Aprovado em 01/06/2017

Versão final apresentada em 03/06/2017