

Fatores associados ao baixo letramento em saúde em paciente hemodialíticos: estudo observacional

Christian Adrian Santos do Nascimento, Ana Flávia Bozolan dos Santos, Talita Gomes Xavier dos Santos, Claudia Maria Silva Cyrino, Marla Andréia Garcia de Avila, Mariele Gobo-Oliveira

Universidade Estadual Paulista (UNESP). Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Enfermagem. Botucatu. São Paulo. Brasil.

Como citar este artículo:

Santos CAN, Bozolan AFS, Santos TGX, Cyrino CMS, Avila MAG, Gobo-Oliveira M.
Fatores associados ao baixo letramento em saúde em paciente hemodialíticos: estudo observacional.
Enferm Nefrol. 2025;28(3):225-31

Correspondencia:

Mariele Gobo de Oliveira
mariele.gobo@unesp.br

Recepción: 17-07-25

Aceptación: 16-08-25

Publicación: 30-09-25

RESUMO

Introdução: A Hemodiálise exige adaptações na vida do paciente devido às restrições impostas, refletindo diretamente na sua qualidade de vida. O Letramento em Saúde é fundamental para compreender e aplicar informações relacionadas à terapia, influenciando a adesão e os resultados clínicos. Destaca-se que ainda precisa ser melhor investigado as contribuições do Letramento em Saúde nos pacientes dialíticos em países em desenvolvimento.

Objetivos: Determinar a prevalência do baixo letramento em Saúde em pacientes em hemodiálise e seus fatores associados.

Material e Método: Estudo transversal e prospectivo realizado em uma Unidade de diálise no Sudeste do Brasil, entre setembro de 2023 e abril de 2024. Dados sociodemográficos, clínicos e dialíticos foram coletados por meio de entrevista e consulta ao prontuário. O letramento foi avaliado pelo instrumento HLS-EU-Q6, categorizando os participantes em letramento problemático, inadequado ou suficiente.

Resultados: Dos 218 pacientes em terapia, 112 foram incluídos, 61,8% (n=68) eram do sexo masculino, com idade média de 50,11±23,47 anos e escolaridade de 7,44±3,61 anos. O baixo letramento foi de 60,72% (n=68), com influência dos anos de escolaridade.

Conclusão: O baixo LS foi encontrado em mais da metade dos participantes, com associações ao nível de escolaridade e

ganho de peso interdialítico. Sugere-se que as informações em saúde sejam adaptadas aos níveis de letramento dos pacientes, utilizando recursos visuais para facilitar a compreensão, promover o autocuidado e melhorar os desfechos clínicos. No entanto, são necessários estudos intervencionistas para avaliar a eficácia dessas estratégias.

Palavras-chave: letramento em saúde; insuficiência renal crônica; diálise renal; escolaridade; enfermagem.

RESUMEN

Factores asociados con el bajo nivel de alfabetización en salud en pacientes en hemodiálisis: un estudio observacional

Introducción: La hemodiálisis requiere adaptaciones en la vida del paciente debido a las restricciones impuestas, reflejándose directamente en su calidad de vida. La Alfabetización en Salud es fundamental para comprender y aplicar la información relacionada con la terapia, influyendo en la adherencia y en los resultados clínicos. Las contribuciones de la alfabetización a los pacientes en diálisis en los países en desarrollo aún necesitan ser mejor investigadas.

Objetivos: Determinar la prevalencia del bajo nivel de alfabetización en salud en pacientes en hemodiálisis y sus factores asociados.

Material y Método: Estudio transversal y prospectivo realizado en una unidad de diálisis del sudeste de Brasil entre septiembre de 2023 y abril de 2024. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y de diálisis mediante entrevista y consulta de historias clínicas. La alfabetización se evaluó mediante el instrumento HLS-EU-Q6, categorizando a los participantes en alfabetización problemática, inadecuada o suficiente.

Resultados: De los 218 pacientes en hemodiálisis, se incluyeron 112, el 61,8% (n=68) eran varones, con una edad media de 50,11±23,47 años y una escolaridad de 7,44±3,61 años. La alfabetización baja fue del 60,72% (n=68). Los años de escolarización influyeron en los niveles de alfabetización.

Conclusión: El bajo nivel de alfabetización en salud se encontró en más de la mitad de los participantes, con asociaciones con el nivel educativo y el aumento de peso interdialítico. Se sugiere adaptar la información sanitaria a los niveles de alfabetización de los pacientes, utilizando recursos visuales para facilitar la comprensión, promover el autocuidado y mejorar los resultados clínicos. Sin embargo, se necesitan estudios de intervención para evaluar la eficacia de estas estrategias.

Palabras clave: alfabetización en salud; insuficiencia renal crónica; diálisis renal; escolaridad; enfermería.

ABSTRACT

Factors Associated with Low Health Literacy in Haemodialysis Patients: An Observational Study

Introduction: Haemodialysis requires adaptations in patients' lives due to imposed restrictions, directly impacting their quality of life. Health literacy is fundamental for understanding and applying information related to therapy, influencing adherence and clinical outcomes. The contribution of health literacy to dialysis patients in developing countries still requires further investigation.

Objectives: To determine the prevalence of low health literacy among haemodialysis patients and its associated factors.

Material and Method: We conducted a cross-sectional and prospective study conducted in a dialysis unit in southeastern Brazil between September 2023 and April 2024. Sociodemographic, clinical, and dialysis data were collected through interviews and review of health records. Health literacy was assessed using the HLS-EU-Q6 instrument, categorising participants as having problematic, inadequate, or sufficient literacy.

Results: Of the 218 patients on haemodialysis, 112 were included; 61.8% (n=68) were male, with a mean age of 50.11±23.47 years and a mean of 7.44±3.61 years of schooling. Low literacy was observed in 60.72% (n=68). Years of schooling were associated with literacy levels.

Conclusion: Low health literacy was found in more than half of the participants, associated with educational attainment and interdialytic weight gain. It is suggested that health information should be adapted to patients' literacy levels, using visual resources to facilitate understanding, promote self-care, and improve clinical outcomes. However, interventional studies are needed to evaluate the effectiveness of these strategies.

Keywords: health literacy; chronic kidney failure; renal dialysis; education; nursing.

INTRODUÇÃO

A hemodiálise (HD) é a terapia renal substitutiva mais utilizada pelos portadores de Doença Renal Crônica (DRC), modalidade que exige adaptações na vida do paciente devido às restrições impostas e refletem diretamente na sua qualidade de vida^{1,2}.

Segundo o Censo Brasileiro de Nefrologia, o número estimado de pacientes em diálise em 2022 era de 153.831³. Dos pacientes prevalentes, 95,3% estavam em HD (4,6% destes em hemodiafiltração) e 4,7% em diálise peritoneal (DP). Juntos, a hipertensão arterial sistêmica (33%) e o diabetes mellitus (32%) representaram dois terços das doenças subjacentes que levaram à insuficiência renal³.

Pacientes com DRC em HD enfrentam decisões diárias relacionadas ao autogerenciamento da doença. Para minimizar esses riscos, recomenda-se a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo a prática regular de atividade física, restrições alimentares e hídricas, além da adesão a regimes terapêuticos complexos em todas as fases da doença³.

Tendo em vista a importância da correta adesão do regime terapêutico e sua complexidade, coloca-se em pauta a relevância do letramento em saúde (LS) dos pacientes, que pode contribuir na compreensão e utilização das informações de saúde na eficácia da terapia renal substitutiva (TRS) na qualidade de vida⁴. Além de ser um condicionante para o autocuidado e efetividade terapêutica, o LS permite estratificar aqueles que mais precisarão de apoio instrucional⁴.

O LS é um conceito multidimensional que consiste de vários aspectos cognitivos, afetivos, sociais e habilidades pessoais que determinam a motivação e a capacidade de obter acesso e compreender e usar informações de saúde⁵. Não é apenas a capacidade de ler e compreender as informações trocadas, mas também a capacidade de gerenciar ativamente a própria saúde, localizar e avaliar informações e pesquisar para uma melhor manutenção da saúde⁵.

O LS pode contribuir com o paciente levando-o a compreender e aderir uma dieta restritiva, além de um regime de medicação complexo, seguimento rigoroso ao comparecimento das consultas com profissionais de saúde e às sessões dialíticas, para aqueles em estágio 5D⁶.

Pesquisas apontam que a temática é pouco explorada em países em desenvolvimento, incluindo a América Latina. Revisão sistemática de 2017 realizada com estudos de países desenvolvidos, aponta que 25% dos participantes possuíam baixos níveis de LS⁷. Em contrapartida, na América Latina e Caribe, revisão sistemática encontrou 84 estudos realizados em 15 países⁸⁻¹¹, com prevalência do baixo LS de 86,49%¹².

Há escassez de estudos de qualidade sobre como o baixo LS impacta negativamente os resultados de saúde, sugerindo que estudos de maior escala e intervenções sejam realizados, melhorando os resultados para pacientes com DRC e baixo LS¹³. Diante do exposto, destaca-se que ainda precisa ser melhor investigado as contribuições do LS nos pacientes dialíticos em países em desenvolvimento.

O objetivo desse estudo foi determinar a prevalência do baixo LS em pacientes em HD e seus fatores associados.

MATERIAL Y MÉTODO

Desenho, local e período do estudo

Estudo observacional, tipo corte transversal, elaborado segundo as normas do enunciado *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE)¹⁴. Foi realizado na Unidade de Diálise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, no interior do Estado de São Paulo, Brasil, no período de setembro de 2023 a abril de 2024.

População e amostra

Foram considerados elegíveis todos os pacientes adultos em programa de HD crônica, seguindo os critérios:

Critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que estivessem em programa de hemodiálise crônica há pelo menos 3 meses e recebessem tratamento dialítico três vezes por semana.

Critérios de exclusão: pessoas com DRC que não faziam parte do programa local de hemodiálise crônica (transplantados, pacientes dialíticos internados), pacientes analfabetos e/ou com comprometimento cognitivo resultante da aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM).

Variáveis

As variáveis foram coletadas durante entrevista aos participantes e por buscas aos prontuários eletrônicos (dados sociodemográficos, clínicos e dialíticos). Na entrevista, os participantes foram abordados a responderem a três questionários (MEEM, HLS-EU-Q6 e hábitos de vida) apenas uma vez, durante a uma sessão de hemodiálise.

Miniexame do Estado Mental (MEEM)

Inicialmente ocorreu a aplicação do MEEM para avaliação cognitiva global quanto a orientação temporal espacial, registros, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem, função executiva, habilidades visuoespaciais e abstração. O escore global final de cada indivíduo é definido pela somatória dos itens, com valor máximo de 30 pontos, classificando-os

em: Declínio cognitivo: <24 pontos; Declínio leve: entre 23 e 21 pontos; Declínio moderado: entre 20 e 11 pontos; Declínio grave: <10 pontos¹⁵. Caso o participante continuasse elegível, os demais questionários eram aplicados.

HLS-EU-Q6

Para mensurar o LS, foi utilizado o instrumento HLS-EU-Q6 (*Health Literacy Survey Questionnaire*). Originado do HLS-EU-Q47, que foi elaborado pelo Consórcio Europeu de Pesquisa, considerado multidimensional e integrativo, com intuito de avaliar a capacidade de compreensão e avaliar e executar questões sobre saúde¹⁶. A tradução e validação para o português brasileiro foi realizada com sucesso, evidenciando uma estrutura unidimensional, índices fatoriais adequados e alta confiabilidade¹⁶. É composto por seis perguntas baseadas na escala de Likert, com o objetivo de avaliar a capacidade do paciente em achar, compreender e aplicar informações de saúde. O escore final de cada indivíduo é definido pela média da soma das respostas dividida pelo número de itens respondidos de maneira a classificá-los em três níveis de LS: Inadequado: ≤ 2 ; Problemático: > 2 e ≤ 3 ; Suficiente: > 3 ¹⁶.

Hábitos de vida

Questionário ad hoc, elaborado para este estudo, a fim de identificar o autocuidado com alimentação e terapia medicamentosa. Era composto por cinco questões: 1-. Você vem sozinho para a hemodiálise? (Sim/ venho com familiar ou cuidador); 2-. Você vai sozinho para as consultas? (Sim/ Venho com familiar ou cuidador); 3-. Em casa, você toma seus medicamentos sozinho? (Sim/Recebo ajuda para isso); 4-. Você prepara suas refeições? (Sim/Outra pessoa prepara; 5-. Em casa você consome alimentos industrializados (sucos de caixinha, refrigerante, bolachas, macarrão instantâneo)? (Sim/Não).

Dados dos prontuários eletrônicos

Com o consentimento dos participantes, foram coletados os dados sociodemográficos (idade (anos), sexo (feminino e masculino), nacionalidade (brasileiro ou outros), naturalidade (cidade de origem), escolaridade (anos de estudo), profissão. As profissões foram categorizadas de acordo com os riscos ocupacionais: risco físico (operador de máquina, vigilante, açougueiro, serralheiro), risco químico (lavrador, produtor rural), biológico (coletor de resíduos), ergonômico (corretor de imóveis, vendedora, motorista, auxiliar de serviços gerais, comerciante, do lar, empregada doméstica, garçom, vendedor, caseiro, auxiliar de administração, empresário, costureira, estudante) e mecânico (mecânico de autos).

Variáveis Clínicas

Doenças de base, tempo em TRS, creatinina, ureia. Dados dialíticos: peso seco, tempo de terapia, tipo de acesso vascular. As variáveis taxa de ultrafiltração, peso inicial e final, pressão arterial média (PAM) de entrada e de saída foram coletadas das últimas 12 sessões. Para análise da pressão arterial sistêmica, foram consideradas as pressões arteriais sistólica e diastólica pré e pós dialítica de todos os participantes apresentada nas sessões de HD. O ganho de peso interdialítico (GPID) foi considerado o peso final da sessão de HD e o peso inicial da sessão subsequente.

Análise dos dados

Para análise dos dados, os participantes foram divididos em dois grupos (LS suficiente e LS problemático/inadequado). Foi realizada análise descritiva com o cálculo de média, desvio padrão, valores mínimo, máximo e mediana para variáveis quantitativas e frequências e porcentagens para variáveis categorizadas. O GPID médio foi calculado considerando: peso pré-hemodiálise do dia atual – peso pós-hemodiálise do dia anterior ÷ Número de sessões. O GPID relativo foi obtido conforme a fórmula: GPID médio ÷ Peso seco x 100.

As comparações de médias para variáveis quantitativas, considerando o LS foram feitas utilizando teste t-student para dados com distribuição normal e um ajuste em distribuição gama em caso de dados com distribuição assimétrica. Para avaliação de correlação bivariada, as associações entre os grupos com as demais variáveis categorizadas foram feitas utilizando o teste qui-quadrado.

Em todos os testes foi fixado o nível de significância de 5% ou p-valor correspondente. Para avaliação de correlação multivariada, foi realizada regressão logística pelo teste de Wald e o desfecho LS, apresentados como Odds Ratios com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, considerando intervalos que não incluíssem o valor 1 como estatisticamente significativos. Todas as análises foram feitas utilizando o programa SAS for Windows, v.9.4.

Procedimentos éticos

Seguindo a Resolução 510/2016, o estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional (CAAE 73273823.0.0000.5411/Parecer: 6.589.572) e todos os participantes deram consentimento através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Do total de 218 pacientes em programa de HD, 5,9% (n=13) eram analfabetos e 15,5% (n=34) apresentaram déficit cognitivo, sendo excluídos. Além desses, 27,9% (n=61) pacientes não deram consentimento, totalizando 112 participantes incluídos no estudo. Dos participantes, 61,8% (n=68) eram do sexo masculino, com idade média de 50,11±23,47 anos e escolaridade de 7,44±3,61 anos. O baixo LS foi de 60,72% (n=68). As comorbidades prevalentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (40%) e Diabetes Mellitus (29,1%). A **tabela 1** exibe os dados dos participantes. Ao avaliar os resultados de acordo com o nível de LS (**tabela 2**), foi encontrada diferença estatisticamente significativa nas variáveis escolaridade, profissão e acesso vascular. Sobre a escolaridade, ter entre 6 a 8 anos de estudos foi frequente no grupo com LS inadequado/problemático (n=34; 50%; p=0,0013). Já entre 9 a 13 anos de estudos foi predominante no grupo com LS suficiente (n=23; 52,3%; p=0,0002). Quanto à profissão, houve diferença entre os grupos (p=0,0112), sendo significativamente maior no grupo LS suficiente para o risco ergonômico, 68,2% (p=0,0143).

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e dialíticas dos participantes.

Variáveis	N=112	%
Sexo Masculino	68	61,8
Idade (anos)*	50,11±23,47	-
Escolaridade (anos)*	7,44±3,61	-
Profissão: Riscos Ocupacionais	-	-
Ergonômico	59	52,67
Físico	29	25,89
Mecânico	12	10,71
Biológico	1	0,89
Químico	7	6,25
Letramento em saúde	-	-
Inadequado/Problemático	68	60,72
Suficiente	44	39,28
Doença de base	-	-
Hipertensão Arterial Sistêmica	44	39,28
Diabetes Mellitus	32	28,57
Glomerulopatias	10	8,92
Outros	39	34,82
Dados dialíticos	-	-
GPID Médio (%)*	2,85±1,34	-
Tempo em terapia dialítica (meses)*	44,8±73,76	-
Duração de terapia (hora)*	3,98±0,36	-
PAM de entrada*	94,3±6,16	-
PAM de saída*	87,7±5,15	-
Acesso Vascular	-	-
Fístula Arteriovenosa	39	34,82
Cateter Venoso Central	73	65,17

Legenda: *Média±desvio-padrão; PAM: Pressão Arterial Média; GPID: ganho de peso interdialítico.

O acesso vascular apresentou p=0,0307, com o CVC predominante nos dois grupos de LS em comparação à FAV. O LS inadequado/problemático foi predominante entre os homens 61,8% (n=42) com idade média de 51,82±23,21 anos. Na análise multivariada não houve associação significativa do acesso vascular (CVC em relação à FAV) com o LS (OR: 2,247; IC 95%: 0,897–5,626; p=0,084). Já a escolaridade demonstrou relevância, especialmente no grupo G2 (de 9 a 13 anos de escolaridade), (OR: 7,661; IC 95%: 2,676–21,935; p=0,0014), indicando associação estatisticamente significativa. No grupo G1, de 6 a 8 anos de escolaridade, foi demonstrado que quanto menor a escolaridade, maior o risco para o baixo LS (OR: 2,862; IC 95%: 1,054–7,777; p=0,006) (**tabela 3**).

Ao estratificar os participantes em grupos de ganho de peso interdialítico (GPID) –G1 (GPID<2%), –G2 (GPID entre 2 e 4%) e –G3 (GPID>4%) – e compará-los de acordo com o LS, verificou-se uma diferença significativa entre o GPID e o LS (p=0,0474), sendo que em 79,4% (n=23) dos participantes com LS inadequado/problemático teve um GPID menor do que 2% (**tabela 4**).

Tabela 2. Comparação entre os grupos de LS quanto às variáveis dialíticas e sociodemográficas.

Variáveis	LS suficiente N(%)	LS inadequado/ Problemático N(%)	p-valor
Número de sessões avaliadas*	10,39±1,83	10,22±2,18	0,6767
Participantes*	44 (39,2)	68 (60,7)	-
Idade*	47,5±4,17	51,82±23,21	0,5129
Sexo Masculino	28 (63,6)	42 (61,8)	0,8416
Profissão	-	-	0,0112
Risco ergonômico	30 (68,2)	29 (42,6)	-
Risco Físico	11 (25,0)	18 (26,5)	-
Outros	3 (4,6)	21 (30,9)	-
Escolaridade	-	-	0,0002
1 a 5 anos	13 (29,5)	22 (32,4)	0,9168
6 a 8 anos	8 (18,2)	34 (50)	0,0013
9 a 13 anos	23 (52,3)	12 (17,6)	0,0002
Dados dialíticos	-	-	-
GPID Médio (%)*	3,39±2,72	3,07±2,59	0,529
Tempo em diálise (meses)*	44,8±73,76	33±41,14	0,1259
UF (ml)*	19,02±13,35	17,32±12,07	0,5815
Creatinina*	8,1±4,63	8,61±4,15	0,5422
Ureia pré*	109±61,71	97,24±48,56	0,266
Peso seco*	73,93±24,14	74,33±19,58	0,9237
Urea Reduction Rate*	0,67±0,16	0,7±0,12	0,3098
Acesso vascular	-	-	0,0307
CVC	34 (77,3)	39 (57,4)	-
FAV	10 (22,7)	29 (42,6)	-
Hábitos de vida	-	-	-
Você prepara suas refeições? (Sim)	21 (47,7)	27 (39,7)	0,4022
Você vem sozinho para a hemodiálise? (Sim)	24 (54,5)	39 (57,4)	0,7699
Você vai sozinho para as consultas? (Sim)	20 (45,5)	28 (41,2)	0,6550
Em casa, você toma seus medicamentos sozinho? (Sim)	24 (54,5)	39 (57,4)	0,4390
Em casa você consome alimentos industrializados? (Sim)	30 (68,2)	42 (61,8)	0,4888

Legenda: LS: letramento em saúde; *N(%): Média±desvio-padrão; GPID: Ganho de peso Interdialítico; UF: Ultrafiltração; FAV: Fístula Arteriovenosa; CVC: Cateter Venoso Central; GPID: Ganho de peso interdialítico.

DISCUSSÃO

O baixo LS foi predominante, atingindo mais da metade (60,7%) dos participantes. Evidenciou-se associações significativas quando comparado os participantes em níveis de LS, assim, quanto menos anos de escolaridade, maior a chance do LS inadequado/problemático. Dentre as variáveis

Tabela 3. Análise multivariada de regressão logística.

Variável	Coefficiente (OR)	IC 95%	p-valor
Acesso vascular: CVC/FAV	2,247	0,897- 5,626	0,084
Escolaridade G1	2,862	1,054-7,777	0,006
Escolaridade G2	7,661	2,676-21,935	0,0014

Legenda: CVC: cateter venoso central; FAV: fístula arteriovenosa; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confiança; **Escolaridade G1:** 6 a 8 anos de estudo; **Escolaridade G2:** 9 a 13 anos de estudo.

Tabela 4. Ganho de Peso Interdialítico e Letramento em Saúde.

Variáveis	G1	%	G2	%	G3	%	p-valor
LS suficiente	6	20,6	27	48,2	11	40,7	0,0474
LS inadequado/ problemático	23	79,4	29	51,8	16	59,3	
Total	29		56		27		112

Legenda: LS: letramento em saúde; GPID: ganho de peso interdialítico; **G1:** GPID menor que 2%; **G2:** GPID entre 2 e 4%; **G3:** GPID maior que 4%.

dialíticas, o GPID menor do que 2% apresentou associação significativa com o LS inadequado/problemático. Não foram encontradas outras associações ao LS.

O baixo LS em doentes renais têm sido relatado em outros estudos recentes com prevalência semelhante. Pesquisa realizada em cinco centros de diálise na Turquia, com 336 participantes, encontrou 62,5% de nível inadequado e limitado de LS. Em Portugal, ao verificar o nível de LS de 268 pacientes em sete clínicas de HD, o baixo LS encontrado foi de 74%^{17,18}.

Adicionalmente observamos que 17,6% (n=12) dos participantes com baixo LS possuíam mais de oito anos de estudo. Além disso, 5,9% (n=13) dos pacientes considerados elegíveis foram excluídos devido ao analfabetismo. A baixa escolaridade é frequentemente associada ao baixo LS, pois desempenha um papel central nesse cenário.

O menor nível de educação e a obtenção de ajuda para ler e escrever foram preditores estatisticamente significativos da pontuação do LS em outros estudos^{17,18}. Pessoas com menores níveis educacionais enfrentam dificuldades em compreender informações de saúde e, consequentemente, em gerenciar sua doença crônica de maneira eficaz¹⁹. Por conseguinte, apresentam um conhecimento limitado sobre questões de saúde, tornando indispensável a adaptação das intervenções para atender adequadamente esse grupo²⁰.

O baixo LS foi associado a baixa escolaridade o que alerta para a forma de atuação de como os profissionais de saúde realizam as orientações em saúde aos pacientes. É necessário desenvolver intervenções direcionadas especificamente a esse público, já que indivíduos com baixo LS possuem maior dificuldade para compreender materiais de saúde,

sejam impressos ou digitais/eletrônicos e para se comunicar com profissionais de saúde²⁰. Estudo clínico randomizado realizado na China em 2023 com 112 participantes, realizou educação em saúde multimodal em pacientes em hemodiálise, comparado à orientação padrão. Três meses após a intervenção, verificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e de intervenção quanto à qualidade de vida, LS e comportamento para o autocuidado²¹.

O enfermeiro, por seu contato diário com os pacientes, desempenha um papel central na educação em saúde contribuindo para uma melhor adesão ao tratamento e, consequentemente, para a qualidade de vida dos pacientes²². Revisão sistemática de 2025 objetivou verificar quais intervenções são utilizadas por enfermeiros para promover o LS em doenças crônicas não transmissíveis²³. Dos 25 estudos incluídos, 15 abordaram DRC ou seus fatores de risco, como diabetes ou doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão arterial. Foi observado que os enfermeiros usam uma linguagem simples, evitando usar jargões médicos e simplificam conceitos complexos para tornar as informações mais acessíveis²³. Aos pacientes com baixo LS, recursos visuais como imagens ou vídeos, foram utilizados para melhorar a compreensão, assim como encorajaram os pacientes a fazer perguntas para o esclarecimento de dúvidas e participar ativamente de seus cuidados²³.

Os participantes com baixo LS tiveram um GPID <2%, quando estratificado, em relação ao peso seco, variável que se associou com o LS. A literatura mostra que o manejo do GPID é necessário entre as ações de autocuidado. Em 2020 AIAwwa e cols encontraram correlação independente entre o baixo GPID e fibrilação atrial ao avaliar 231 pacientes hemodialíticos na Jordânia²⁴. Além disso, estudo²⁵ com pacientes em diálise que eram hipertensos devido ao estado hipervolêmico, apresentaram menor GPID, assim como nossos achados que verificaram maior índices pressóricos no grupo baixo LS. Pesquisa transversal realizada em quatro hospitais da China, com 433 pacientes com HD, verificou que quanto melhores os níveis de LS, melhor o gerenciamento das restrições de fluidos e do GPID. Para o manejo do GPID, outros fatores podem influenciar, como suporte familiar e adesão a orientações de profissionais de saúde²⁶.

Por fim, não foram encontradas outras associações clínicas e sociodemográficas ao baixo LS. Isso inclui o tipo de acesso vascular e os níveis de LS, porém houve maior prevalência de uso de CVC à FAV nos participantes. Estudo realizado no Brasil em 2024, com 167 participantes em tratamento conservador, também evidenciou a ausência de associação significativa entre os níveis de LS com variáveis clínicas e dialíticas²⁷. Essa ausência sugere que fatores clínicos isoladamente, não influenciam diretamente nas habilidades de LS dos pacientes. A condição socioeconômica e o acesso a tecnologias parecem ser mais relevantes, o que levanta a necessidade de intervenções educacionais que levem em conta o contexto social e digital dos pacientes²⁷. Nesse sentido, é essencial compreender como o nível de LS pode influenciar essas escolhas e o impacto que isso tem nos desfechos clínicos dos pacientes.

O estudo aponta algumas limitações. A coleta de dados realizada nas salas de HD pode ter influenciado a resposta e o número de pacientes que não deram o consentimento de participação, já que as máquinas de HD e poltronas são próximas uma das outras, o que pode ter gerado constrangimento ao responder os questionários. Sugere-se que novos estudos não sejam conduzidos durante a terapia dialítica.

Com base nos resultados encontrados, podemos concluir que o baixo LS foi encontrado em mais da metade dos participantes, sendo influenciado pelo nível de escolaridade e associado a um baixo GPID. Sugere-se que as informações em saúde sejam realizadas de acordo com os níveis de LS dos pacientes. Além disso, a utilização de recursos visuais para auxiliar a compreensão das informações podem favorecer a compreensão das orientações em saúde, a participação ativa no autocuidado e, consequentemente, melhorar os desfechos clínicos dos pacientes. Entretanto, estudos intervencionistas são necessários para avaliação.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses.

Financiamento

Os autores declaram não ter recebido qualquer financiamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Henriques Rocha Ribeiro F, Christina Caetano Romano M, Mendonça Pinto F, Parreiras Martins MA, Augusto de Moraes F, Otoni A. Letramento Funcional Em Saúde: Impacto No Autocuidado Em Pacientes Com Doença Renal Não Dialítica. *Revista Renome*. 2022;10(2):12–20.
2. Jalalzadeh M, Mousavinasab S, Villavicencio C, Aameish M, Chaudhari S, Baumstein D. Consequences of Interdialytic Weight Gain Among Hemodialysis Patients. *Cureus*. 2021 May 13;13(5):e15013. <https://doi.org/10.7759/cureus.15013>
3. Nerbass FB, Lima H do N, Moura-Neto JA, Lugon JR, Sessa R. Brazilian Dialysis Survey 2022. *Brazilian Journal of Nephrology*. junho de 2024;46(2).
4. Peres F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. *Cien Saude Colet*. maio de 2023;28(5):1563-73.
5. Rhee CM, Edwards D, Ahdoot RS, Burton JO, Conway PT, Fishbane S, et al. Living Well With Kidney Disease and Effective Symptom Management: Consensus Conference Proceedings. *Kidney Int Rep*. setembro de 2022;7(9):1951-63.
6. Stømer UE, Wahl AK, Gøransson LG, Urstad KH. Exploring health literacy in patients with chronic kidney disease: a qualitative study. *BMC Nephrol*. 29 de dezembro de 2020;21(1):314.

7. Taylor DM, Fraser SDS, Bradley JA, Bradley C, Draper H, Metcalfe W, et al. A Systematic Review of the Prevalence and Associations of Limited Health Literacy in CKD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. julho de 2017;12(7):1070-84.
8. Santos Júnior JL Dos, Chaves Camilo MR, Ramos Vieira Santos IC, Araújo Santana Rosas M, Rodrigues da Silva JR, Araújo de Medeiros LK, et al. Relação do letramento funcional em saúde com a insuficiência renal em pessoas com diabetes mellitus. *Enfermagem em Foco*. 2021;12(2):270-6.
9. Moraes KL, Brasil VV, Oliveira GF de, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Boaventura RP, et al. Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. *Rev Bras Enferm*. fevereiro de 2017;70(1):155-62.
10. Rebeca Rodrigues da Silva J, Oliveira de Andrade Luz G, Morgana Barata da Silva S, Katiussia Araújo de Medeiros L, Santos Júnior JL, Cristina Ramos Vieira Santos I. Letramento funcional em saúde e o conhecimento dos doentes renais crônicos em tratamento conservador. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2019;32:1-11.
11. Bezerra JN de M, Lessa SR de O, Ó MF do, Luz GO de A, Borba AK de OT. HEALTH Literacy Of Individuals Undergoing Dialysis Therapy. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2019;28.
12. De Jesus PR, Bianchini BV, Ziegelmann PK, Dal Pizzol T da S. The low health literacy in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 1o de junho de 2024;24(1):1478.
13. Billany RE, Thopte A, Adenwalla SF, March DS, Burton JO, Graham-Brown MPM. Associations of health literacy with self-management behaviours and health outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. Vol. 36, *Journal of Nephrology*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2023. p. 1267-81.
14. STROBE. STROBE - Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. 2024 (consultado 20 Jun 202). Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/>.
15. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. setembro de 2003;61(3B):777-81.
16. Mialhe FL, Moraes KL, Bado FMR, Brasil VV, Sampaio HADC, Rebutini F. Psychometric properties of the adapted instrument European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29.
17. Uğurlu Z, Kav S, Eler ÇÖ, Kaya S, Korkmaz Y. Health literacy in older adults receiving hemodialysis in Turkey: A cross-sectional study. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. junho de 2024;28(3):380-9.
18. Silva A, Pimenta R, Frazão J. Literacia em saúde na pessoa com doença renal crônica em programa regular de hemodiálise. *Revista de Enfermagem Referência*. 16 de dezembro de 2024;VI Série(3):c36239.
19. Zanandrea M, Cattafesta M, Martins CA, Paixão MPCP, Soares FLP, Peterle FZ, et al. Fatores socioeconômicos, clínicos e nutricionais no ganho de peso interdialítico em usuários de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE02062.
20. Murugesu L, Heijmans M, Rademakers J, Fransen MP. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLoS One*. 4 de maio de 2022;17(5):e0267782.
21. Liu Y, Luo X, Ru X, Wen C, Ding N, Zhang J. Impact of a multimodal health education combined with teach-back method on self-management in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Medicine*. 27 de dezembro de 2024;103(52):e39971.
22. Costa DA da, Cabral KB, Teixeira CC, Mendes JL de L, Rosa RR, Cabral FD. Enfermagem e a educação em saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Candido Santiago"*. 2020;6(3):e6000012.
23. Boumendil K, Yakubu N, Al Wachami N, Arraji M, Iderdar Y, Mourajid Y, et al. How Nurses' Interventions Promote Health Literacy in Patients With Non-Communicable Diseases: A Systematic Review. *J Clin Nurs*. 2025;34(7):2493-509. <https://doi.org/10.1111/jocn.17669>.
24. AlAwwa I, Al-Hindi R, Alfraihat N, Obeid A, Ibrahim S, Jallad S, et al. Prevalence and associated factors of undiagnosed atrial fibrillation among end-stage renal disease patients on maintenance haemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020;20(1):186.
25. Sinha AD, Agarwal R. What are the Causes of the Ill Effects of Chronic Hemodialysis? *Semin Dial*. 17 de janeiro de 2014;27(1):11-3.
26. Chen C, Zheng J, Liu X, Liu J, You L. Role of health literacy profiles in fluid management of individuals receiving haemodialysis: A cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 27 de junho de 2024;80(6):2325-39.
27. Ribeiro FHR, Cortez EN, Morais FA de, Pinto FM, Moraes KL, Romano MCC, et al. Letramento funcional em saúde em renais crônicos: um desafio na abordagem preventiva. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE007111.

