UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

MARIANA MOURA OLIVEIRA

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE LETRAMENTO EM SAÚDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS NO MUNICÍPIO DE PAULO AFONSO BAHIA

PAULO AFONSO - BA

2024

MARIANA MOURA OLIVEIRA

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE LETRAMENTO EM SAÚDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS NO MUNICÍPIO DE PAULO AFONSO BAHIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, *campus* Paulo Afonso-BA, como requisito parcial para obtenção do título de Médica.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Rodrigues Lopes

PAULO AFONSO - BA

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIANA MOURA OLIVEIRA

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE LETRAMENTO EM SAÚDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS NO MUNICÍPIO DE PAULO AFONSO BAHIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, campus Paulo Afonso-BA, como requisito parcial para obtenção do título de Médica.

Aprovado em 20/05/2024.

Banca Examinadora

gov.br Documento assinado digitalmente
MATHEUS RODRIGUES LOPES
Data: 07/06/2024 11:23:53-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Matheus Rodrigues Lopes – UNIVASF

gov.br Documento assinado digitalmente
IUKARY OLIVEIRA TAKENAMI
Data: 07/06/2024 17:13:39-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Iukary Oliveira Takenami – UNIVASF

gov.br Documento assinado digitalmente
PAULO LUCENA DE ARAUJO JUNIOR
Data: 08/06/2024 07:29:21-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Esp. Paulo Lucena de Araújo Júnior - UNIVASF

Caracterização do perfil de letramento em saúde em pacientes oncológicos no município de Paulo Afonso Bahia

Characterization of the health literacy profile of cancer patients in the city of Paulo Afonso Bahia

Mariana Moura Oliveira[1]
Matheus Rodrigues Lopes[1]

RESUMO

O letramento em saúde (LS) é definido de acordo com o grau de habilidade que um indivíduo tem para encontrar, compreender e utilizar informações e serviços de saúde para tomar decisões e ações em favor da própria saúde e de outras pessoas. O menor LS está associado à menor conscientização sobre o autocuidado, menor adesão ao tratamento, além de contribuir para o aumento dos gastos públicos em serviços de saúde. Portanto, objetivou-se mensurar o nível de LS dos pacientes diagnosticados com câncer no município de Paulo Afonso/Bahia. Trata-se de estudo analítico observacional e transversal, realizado com adultos de ambos os sexos, previamente diagnosticados com câncer, por meio da aplicação de questionários sociodemográficos e dos instrumentos de mensuração do nível de LS, *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults* (SAHLPA-18) e *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA). Dos 132 pacientes oncológicos entrevistados, a maioria foi do sexo feminino (81,1%), com idade entre 41 e 59 anos (62,9%), não possuíam nível superior (75,7%) ou plano de saúde (78,0%) e apresentavam classificação econômica nível C (53,1%). O diagnóstico mais prevalente foi o câncer de mama (61,4%) e o tratamento mais prescrito foi a quimioterapia (37,9%). Constatou-se que 54,5% e 50,8% dos pacientes não apresentaram nível de LS adequado, de acordo com o SAHLPA-18 e S-TOFHLA, respectivamente. Faixa etária avançada ($p<0,0004$), menor classificação econômica ($p<0,0001$) e menor escolaridade ($p<0,0001$) foram associados ao menor nível de LS. Desse modo, o perfil de LS dos pacientes oncológicos em Paulo Afonso revela a necessidade de maior discussão do tema e busca de soluções para melhorar o cuidado em saúde dessa população, buscando maior adesão ao tratamento, maior conscientização sobre autocuidado e, consequentemente, uma redução nos gastos públicos em saúde.

Palavras-chave: Letramento em saúde; Doenças crônicas não transmissíveis; Processo Saúde-Doença; Saúde pública.

ABSTRACT

Health literacy (HL) is defined according to the degree of ability that an individual has to find, understand and use health information and services to make decisions and actions in favor of their own health and that of other people. Lower HL is associated with lower awareness about self-care, lower adherence to treatment, in addition to contributing to increased public spending on health services. Therefore, the objective was to measure the LS level of patients diagnosed with cancer in the city of Paulo Afonso/Bahia. This is an observational and cross-sectional analytical study, carried out with adults of both sexes, previously diagnosed with cancer, through the application of sociodemographic questionnaires and instruments for measuring the level of HL, Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18) and Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA). Of the 132 oncology patients interviewed, the majority were female (81.1%), aged between 41 and 59 years old (62.9%), did not have higher education (75.7%) or health insurance (78. 0%) and had a level C economic classification (53.1%). The most prevalent diagnosis was breast cancer (61.4%) and the most prescribed treatment was chemotherapy (37.9%). It was found that 54.5% and 50.8% of patients did not have an adequate LS level, according to SAHLPA-18 and S-TOFHLA, respectively. Advanced age group ($p<0.0004$), lower economic classification ($p<0.0001$) and lower education level ($p<0.0001$) were associated with a lower level of LS. Therefore, the HL profile of cancer patients reveals the need for greater discussion of the topic and the search for solutions to improve health care for this population.

Keywords: Health literacy; Chronic Diseases; Health-Disease Process; Public health.

Artigo a ser submetido na revista Ciência & Saúde Coletiva

INTRODUÇÃO

O termo "letramento" começou a ser difundido no Brasil em meados da década de 80 e tem relação, de acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), com a capacidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e computar, usando materiais impressos e escritos associados a contextos variados. Nessa perspectiva, o letramento em saúde (LS) é definido como "o grau de habilidade que cada indivíduo tem para encontrar, compreender e utilizar informações e serviços para tomar decisões e ações para a própria saúde e de outros"[1].

Na Declaração de Xangai sobre a Promoção da Saúde 2020/2030, o LS fez parte dos três pilares para promover a saúde juntamente com boa governança e cidades saudáveis[2]. Portanto, a estratégia de aumentar o LS da população é útil, uma vez que possibilita ao indivíduo melhor habilidade na execução do cuidado em saúde. Tal fato se relaciona com promoção em saúde eficiente, proporcionando maior autonomia, bem como a prevenção de agravos e desfechos de saúde negativos[3].

Segundo o Indicador de Analfabetismo Funcional publicado em 2018 (INAF 2018), três em cada 10 brasileiros são considerados analfabetos funcionais e, portanto, apresentam dificuldades para fazer uso da leitura e da escrita e das operações matemáticas em situações cotidianas da vida[4]. Dito isso, a pluralidade do termo "letramento em saúde", abordado por inúmeros autores, vai além do recorte de analfabetismo e analfabetismo funcional, visto que é necessário utilizar as ferramentas da leitura/escrita/cálculos no contexto das práticas sociais e culturais que envolvem os vários domínios. Além da leitura e escrita, a numeração e a comunicação também fazem parte desse processo de LS[5].

Fatores sociais como educação e renda podem interferir no nível de LS. Pacientes que possuem baixa renda e educação fundamental incompleta geralmente apresentam maiores dificuldades de comunicação, são mais propensos a não adesão ao tratamento, assim como à menor conscientização sobre o autocuidado[6]. Além disso, essas mesmas pessoas tendem a utilizar menos os serviços de saúde voltados à promoção e prevenção e contribuem para o aumento dos gastos públicos evitáveis de assistência médica, complicações inesperadas e hospitalizações não planejadas[7].

A compreensão sobre o que é repassado pelos profissionais de saúde é determinante tanto para a adesão do tratamento prescrito, como também para o sucesso do plano de cuidados e adoção de hábitos de vida saudáveis[1]. Entretanto, muitas vezes os médicos acabam superestimando a educação dos seus pacientes e falham em não constatar

que os mesmos entenderam todas as informações transmitidas, o que implica em menor eficácia na comunicação[7]. Estudos mostram que a formação em saúde é escassa em relação ao LS, com pouco treinamento de habilidades em LS e falta de inserção da temática nos currículos, resultando em desencontro de informações de saúde entre profissional de saúde e usuário[8].

O LS é essencial para aumentar a qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), uma vez que possibilita esses usuários gerenciar sinais e sintomas, a compreender e lidar com os efeitos colaterais dos medicamentos e tomar decisões relacionadas às mudanças no estilo de vida para reduzir os fatores de risco[9]. Além disso, o LS limitado está relacionada a maiores gastos com cuidados de saúde. Estima-se que o baixo LS está associado a maiores custos para o serviço de saúde, associando-se ao aumento do uso de serviços de internação e pronto-socorro e uma combinação ineficiente de serviços de saúde[10].

Entre as DCNT, o câncer se constitui como relevante problema de saúde pública e uma das principais causas de morte. Na maioria dos países, corresponde à primeira ou à segunda causa de morte prematura, antes dos 70 anos. O impacto da incidência e da mortalidade por câncer está aumentando rapidamente no cenário mundial[11]. Ademais, o diagnóstico recente e mau prognóstico são situações que dificultam a assimilação de informações por parte do paciente e dos seus cuidadores[12].

Um nível de LS adequado em portadores de neoplasias é importante para que estes acessem o sistema de saúde, ou seja, acompanhem os resultados dos exames e tenham acesso aos tratamentos ou exames adequados. Outrossim, o baixo nível de LS pode afetar negativamente o uso de serviços de cuidados paliativos, dificultando a prática de intervenções e cuidados de suporte que atendam às necessidades e desejos dos pacientes[13].

Pacientes em tratamento oncológico quando não são bem orientados sobres suas condições de saúde tendem a ser fatalistas em relação à doença e apresentam quadros mais frequentes de depressão e ansiedade, o que diminui o autocuidado[14]. No cenário oncológico, o nível adequado de LS é necessário para que se possa educar e capacitar tanto pacientes quanto os seus cuidadores, dando-lhes as orientações referentes a cada serviço prestado a fim de diminuir os efeitos negativos para a saúde[15].

Diante das várias opções de tratamento disponíveis, a quimioterapia ainda é o tratamento não cirúrgico mais utilizado. No entanto, está atrelada a uma série de efeitos adversos como a fadiga, a dor e distúrbios do sono[16]. Nesse contexto, o grau de LS e o status socioeconômico influenciam na tomada de decisões, visto que pacientes com

câncer têm significativa necessidade de apoio e acesso a informações condizentes com o seu quadro, além do desejo de participar ativamente nas decisões do seu próprio cuidado[17].

Particularmente na oncologia, a fragilidade na relação entres as informações complexas apresentadas influencia negativamente na comunicação entre médico e paciente e, principalmente, levar a resultados indesejáveis, uma vez que o risco entendido pelo paciente é motivado pelo grau de entendimento. Outrossim, pessoas com menor LS têm menor probabilidade de se utilizar de serviços preventivos, resultando em diagnósticos tardios e maior risco de hospitalização, como também maiores custos e menores perspectivas de sobrevivência[18]. Assim, a atenção centrada no paciente com câncer é importante para que ele possa ser corresponsável pelo seu tratamento[19]. No entanto, para que essas necessidades em saúde possam ser atendidas não é suficiente fornecer a informação. É preciso garantir que o paciente seja capaz de entender e reter as orientações. Isso implica uma adaptação do meio e da forma na transmissão da informação de acordo com a necessidade individual de cada paciente[20].

O LS parte do princípio de que o indivíduo é o agente principal de sua saúde, dessa forma ele deve ser capaz de buscar, compreender e partilhar tais informações relacionadas à saúde no decorrer da vida[21]. Portanto, visto a série de consequências negativas devido ao baixo LS, torna-se necessário uma análise mais detalhada e profunda sobre o LS, a fim de evitar eventos de saúde indesejáveis, como o maior risco de hospitalização[18].

Pacientes em tratamento oncológico que recebem informações adequadas sobre as suas condições de saúde, sobre os exames solicitados e as opções de tratamento disponíveis, destacando riscos e benefícios possuem maior autonomia e empoderamento sobre seus cuidados em saúde[19]. Isso implica em mudança no atendimento em saúde, de modo que as orientações e recursos disponíveis possam ser adaptados às necessidades individuais de cada paciente[22].

A associação entre a autopercepção da saúde, determinantes sociais e LS, no Brasil, ainda é um tema escasso nas pesquisas. Conhecer o nível de LS da população é determinante para a gestão da saúde, uma vez que conforme o nível do indivíduo, as escolhas perante a sua saúde muda, e principalmente relacionado a uma doença de alto custo como o câncer, isso impacta no sistema de saúde[15]. Esses estudos podem auxiliar na identificação de padrões de LS e direcionar políticas públicas mais adequadas a fim de melhorar a qualidade de serviço prestado[23].

Por se tratar de tema pouco estudado na literatura nacional, objetivou-se avaliar o nível de LS de pacientes em tratamento oncológico no município de Paulo Afonso/BA. As informações obtidas poderão ser utilizadas para melhor direcionamento das políticas públicas de saúde da região com a finalidade de facilitar o entendimento e a assimilação das orientações de saúde por parte do paciente[1,23].

MÉTODOS

Delineamento

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico observacional e transversal. A amostra foi selecionada por demanda espontânea de pacientes oncológicos, cujo tratamento é realizado em um hospital oncológico no município de Paulo Afonso/BA. A pesquisa foi realizada entre fevereiro de 2021 e março de 2024.

Contexto

Paulo Afonso é um município do sertão baiano, que faz divisa com três estados (Sergipe, Alagoas e Pernambuco). É um dos municípios mais populosos da região, segundo dados de 2022, com 112.870 habitantes, sendo 43,6% com rendimento per capita de até 0,5 salário-mínimo, 96,4% de taxa de escolarização entre 6 a 14 anos de idade, além de possuir rede de saúde estruturada em todos os níveis de atenção[24]. Dados disponíveis no DATASUS mostraram que, de janeiro de 2016 até dezembro de 2021, o município apresentou cerca de 1.820 internações por neoplasias[25].

O hospital oncológico se constitui como uma instituição privada, mas que também recebe pacientes vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da habilitação como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). O hospital possui diversas instalações para diversas especialidades e níveis de complexidade, contando com urgência e emergência, além de centro cirúrgico e UTI.

Participantes

Foram selecionados indivíduos adultos de ambos os sexos, portadores de doenças oncológicas em tratamento no município de Paulo Afonso/BA. Para realização da entrevista, com amostragem a esmo e por demanda espontânea, ocorrendo antes da consulta, foi realizado o convite aos pacientes na sala de espera ou durante o tratamento quimioterápico, após a explicação sobre o objetivo da pesquisa e os questionários específicos a serem aplicados.

Os entrevistados foram eleitos para a pesquisa seguindo-se os critérios de inclusão como: idade maior ou igual a 18 anos, ser alfabetizado, possuir diagnóstico prévio de câncer e ser usuário cadastrado no sistema de saúde de Paulo Afonso. Os critérios de exclusão foram manifestações de distúrbios neurológicos ou cognitivos; uso de fármacos que afetam a cognição; não apresentar mínimo de acuidade visual ou audição adequada para realização dos testes.

Variáveis

O desfecho consistiu no LS. As variáveis independentes foram:

- sexo (masculino; feminino);
- idade (em anos: até 40, 41-60, ou mais de 60);
- escolaridade (ensino fundamental, médio ou superior completo ou incompleto);
- estado conjugal (casado(a), união estável, solteiro(a), divorciado(a), viúvo(a))
- classificação econômica do entrevistado, de acordo com o critério de classificação econômica Brasil (Critério Brasil) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (A, B1, B2, C1, C2, D-E);[26]
- plano de saúde (sim; não);
- diagnóstico (local de acometimento do câncer);
- tempo de diagnóstico (até 12 meses, 1-2 anos, 3-5 anos ou mais de 5 anos);
- tipo de tratamento.

Fontes de dados e mensuração

As entrevistas foram realizadas com a aplicação de quatro questionários, questionário clínico e sociodemográfico, questionário do critério de classificação econômica, *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults* (SAHLPA-18) e *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA).

O questionário clínico e sociodemográfico teve como objetivo identificar o perfil da população do estudo, sendo composto por itens como: identificação, sexo (masculino/feminino), escolaridade, idade, estado conjugal, plano de saúde, tipo de câncer, tempo de diagnóstico, e tipo de tratamento realizado. O questionário de critério de classificação econômica aborda questões relacionadas a bens que possui em sua casa e grau de instrução do chefe da família.

O *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults* (SAHLPA-18) estima o nível de LS dos adultos por meio de habilidades de pronúncia e

compreensão de 18 termos médicos populares[27]. Para a aplicação desse teste, foram utilizados cartões contendo o termo médico em destaque e duas palavras, chamadas de palavras de associação. O teste classifica o paciente em LS inadequado (quantidade de acertos menor que 14) e LS adequado (quantidade de acertos seja igual ou maior que 14). Os modelos dos cartões utilizados estão representados abaixo:

1- OSTEOPOROSE	**2- PAPANICOLAU**	**6- MENSTRUAL**	**15- ICTERÍCIA**
( ) OSSO	( ) TESTE	( ) MENSAL	( ) AMARELO
( ) MÚSCULO	( ) VACINA	( ) DIÁRIO	( ) BRANCO
( ) NÃO SEI	( ) NÃO SEI	( ) NÃO SEI	( ) NÃO SEI

O *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA), avalia a compreensão da leitura e a habilidade numérica do paciente sobre informações em saúde. A compreensão da leitura foi analisada com um questionário de 36 itens de compreensão em leitura, ao acertar cada item o paciente somou dois pontos, totalizando 72 pontos[28]. A habilidade numérica foi verificada por quatro cartões com exemplos de frascos de medicamentos, informações sobre o consumo de remédios, a data das consultas e os resultados de um teste laboratorial, cada item valendo sete pontos, sendo pontuado na soma 28 pontos. Considera-se LS inadequado de 0 a 53 pontos, LS limitado de 54 a 66 pontos e LS adequado de 67 a 100 pontos.

Métodos estatísticos

As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o GraphPad Prism 5 (GraphPad Software, Inc., San. Diego, CA, USA). As pontuações dos testes foram submetidas ao teste de Kruskal-Wallis. O coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado para verificar a relação entre a pontuação dos testes com os dados sociodemográficos dos entrevistados. Valor de $p<0,05$ foi considerado significativo.

Aspectos éticos

Para a execução do estudo foi solicitada a autorização ao diretor da Clínica Oncológica Núcleo Vida e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco (número CAAE: 16540019.0.0000.5196). Todos os pacientes atestaram a sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram abordados 250 pacientes oncológicos do serviço de saúde. Entretanto, pelos critérios de inclusão e exclusão, 85 pacientes analfabetos não foram incluídos no estudo (34,0%), 15 pacientes recusaram a participação (6,0%) e outros 18 não finalizaram o questionário por motivos variados (7,2%). Assim, a pesquisa totalizou 132 entrevistas válidas.

A maioria dos entrevistados foram do sexo feminino (81,1%), com idade entre 41 e 59 anos (62,9%), ensino médio incompleto/completo (45,4%), casados(as) (50,0%), estão na categoria C da classificação econômica (53,1%) e não possuem plano de saúde (78,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos indivíduos entrevistados (n=132).

Variáveis	Frequência - n (%)
Sexo	
Feminino	107 (81,1)
Masculino	25 (18,9)
Idade (anos)	
≤ 40	12 (9,1)
41 a 59	83 (62,9)
≥ 60	37 (28,0)
Educação	
Ensino fundamental incompleto/completo	24 (18,2) / 16 (12,1)
Ensino médio incompleto/completo	11 (8,3) / 49 (37,1)
Ensino superior incompleto/completo	9 (6,8) / 23 (17,4)
Estado conjugal	
Solteiro(a)	25 (18,9)
Casado(a)	66 (50,0)
Divorciado(a)	16 (12,1)
Viúvo(a)	15 (11,4)
União estável	10 (7,6)
Classificação econômica	
A	1 (0,8)
B1	8 (6,1)

B2	31 (23,5)
C1	36 (27,3)
C2	34 (25,8)
D – E	22 (16,7)
Plano de saúde	
Sim	29 (22,0)
Não	103 (78,0)
Total	**132 (100,0)**

A maioria dos participantes foram diagnosticados com câncer de mama (61,4%), seguidos por câncer de próstata (11,4%). O tempo de diagnóstico mais prevalente foi de um a dois anos (31,1%), a maioria realizou apenas o acompanhamento (40,2%) e o principal tratamento realizado foi a quimioterapia (37,9%; Tabela 2).

Tabela 2 – Características clínicas e de tratamento dos entrevistados (n=132).

Variáveis	Frequência- n (%)
Diagnóstico (local de acometimento do câncer)	
Mama	81 (61,4)
Próstata	15 (11,4)
Gastrointestinal	15 (11,4)
Útero	6 (4,5)
Colorretal	4 (3,0)
Renal	3 (2,3)
Adrenal	1 (0,8)
Garganta	1 (0,8)
Ovário	1 (0,8)
Pele	1 (0,8)
Testículo	1 (0,8)
Ósseo	1 (0,8)
Sangue	1 (0,8)
Não soube informar	1 (0,8)
Tempo de diagnóstico	

< 12 meses	37 (28,0)
1 – 2 anos	41 (31,1)
3 – 5 anos	37 (28,0)
> 5 anos	16 (12,1)
Tipo de tratamento	
Acompanhamento	53 (40,2)
Quimioterapia	50 (37,9)
Medicação oral	9 (6,8)
Hormonioterapia	7 (5,3)
Imunoterapia	4 (3,0)
Radioterapia	1 (0,8)
Tratamento paliativo	1 (0,8)
Não soube informar	7 (5,3)
Total	**132 (100,0)**

Dentre os 132 pacientes entrevistados, 54,5% obtiveram pontuação inadequada no SALPHA-18. A análise do S-TOFHLA denotou que 11,7% apresentaram LS limítrofe e 41,5% nível de LS inadequado. Também foi possível observar que quanto maior a idade, menor a pontuação obtida, ou seja, os pacientes mais velhos apresentaram menor nível de LS (p<0,0004; Figura 1).

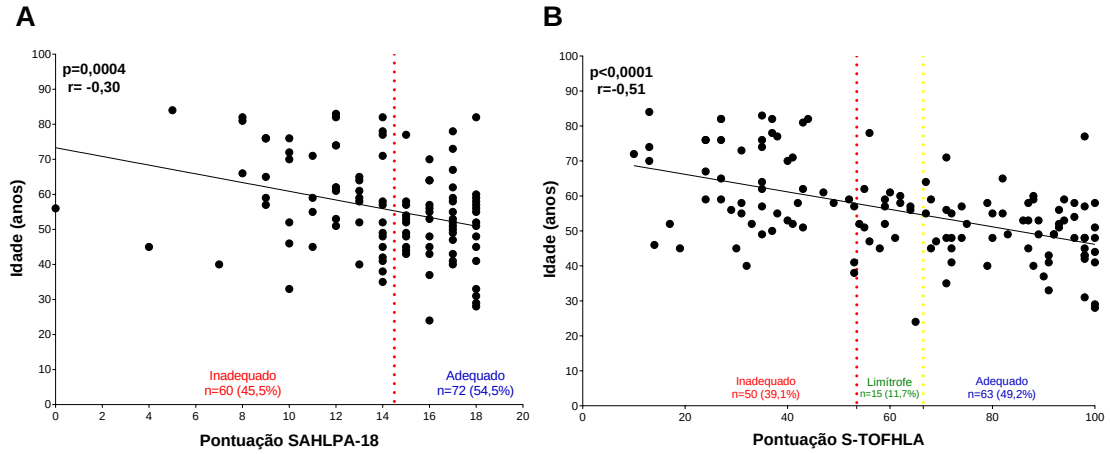


Figura 1. Correlação entre a pontuação obtida nos instrumentos de mensuração do LS e a idade dos pacientes. O eixo "y" representa a idade dos pacientes em anos e o eixo "x" representa a pontuação obtida no SAHLPA-18 (A) e o S-TOFHLA (B). Para análise estatística foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. O valor de p e o número de pacientes em cada grupo estão indicados na figura.

Na análise de relação entre a pontuação obtida nos instrumentos de mensuração do LS com a classificação socioeconômica, de acordo com o critério Brasil, foi observada correlação positiva entre as variáveis, ou seja, pacientes com menor poder aquisitivo apresentaram menor nível de LS em ambos os testes (p<0,0001, Figura 2).

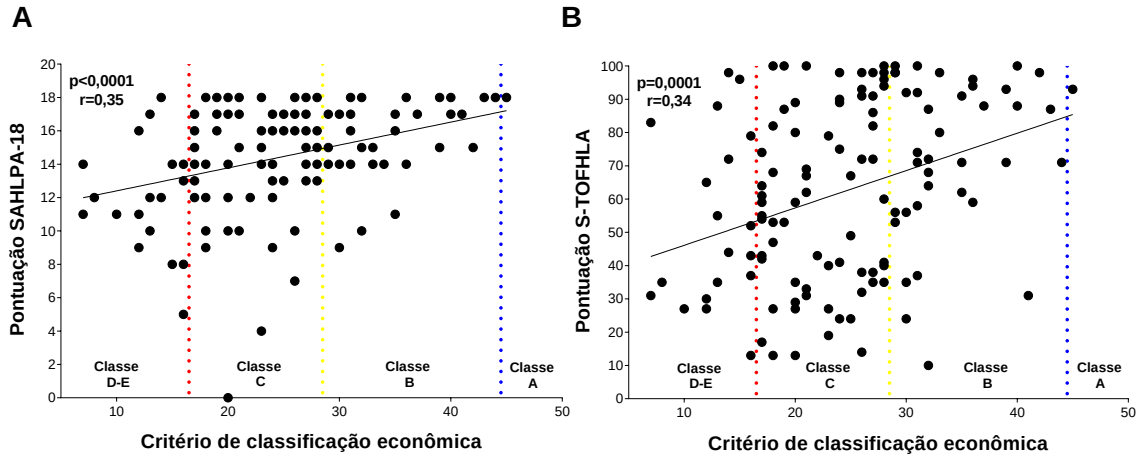


Figura 2. Correlação entre a pontuação obtida nos instrumentos de mensuração do LS e a classificação econômica dos pacientes. O eixo "y" representa a pontuação obtida no SAHLPA-18 (A) e o S-TOFHLA (B) e o eixo "x" representa a classificação econômica. Para a análise estatística foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*.

A análise da relação entre a pontuação obtida nos instrumentos de LS e o nível de escolaridade dos participantes evidenciou que as pontuações mais altas de LS foram verificadas nos indivíduos com maiores níveis de escolaridade, ou seja, quanto maior o nível de educação formal do paciente, maior foi o índice de LS (p<0,0001; Figura 3).

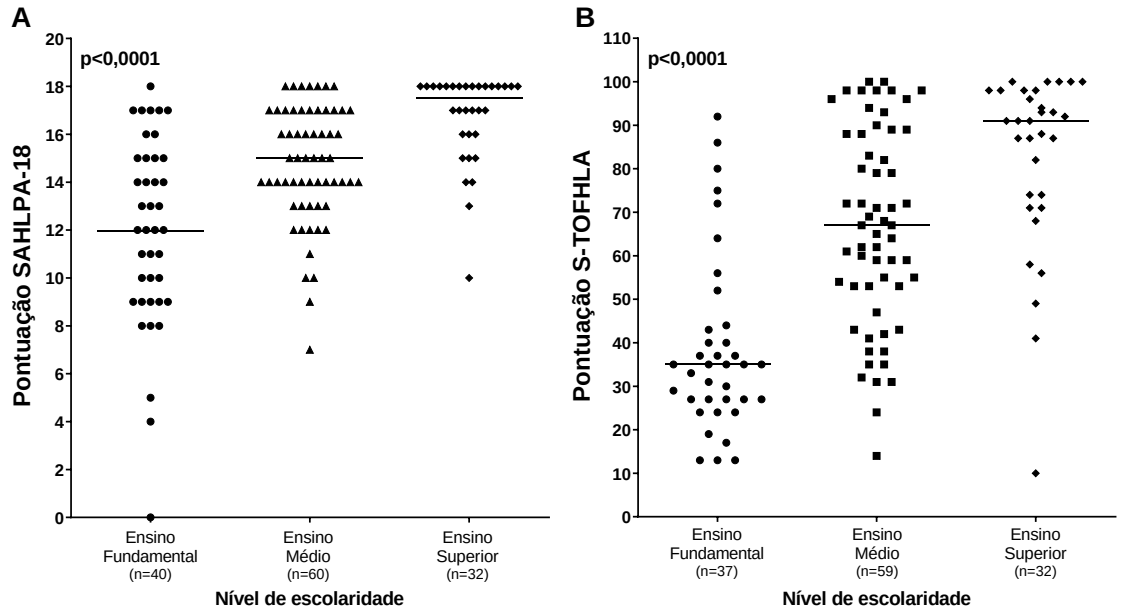


Figura 3. Relação entre a pontuação obtida nos instrumentos de mensuração do LS e a escolaridade dos pacientes. O eixo "y" representa a pontuação obtida no SAHLPA-18 (A) e S-TOFHLA (B) e o eixo "x" representa o nível de escolaridade. A divisão do nível de escolaridade foi baseada no questionário socioeconômico respondido pelos entrevistados. As barras representam a média e o desvio padrão. Para análise estatística foi utilizado o teste Kruskall-Wallis. O valor de p e o número de pacientes em cada grupo estão indicados na figura.

Por fim, a análise comparativa entre os instrumentos SAHLPA-18 e o S-TOFHLA demonstrou correlação estatisticamente forte ($p<0,0001$; $r=0,62$), mesmo os instrumentos avaliativos apresentando características intrínsecas distintas (Figura 4).

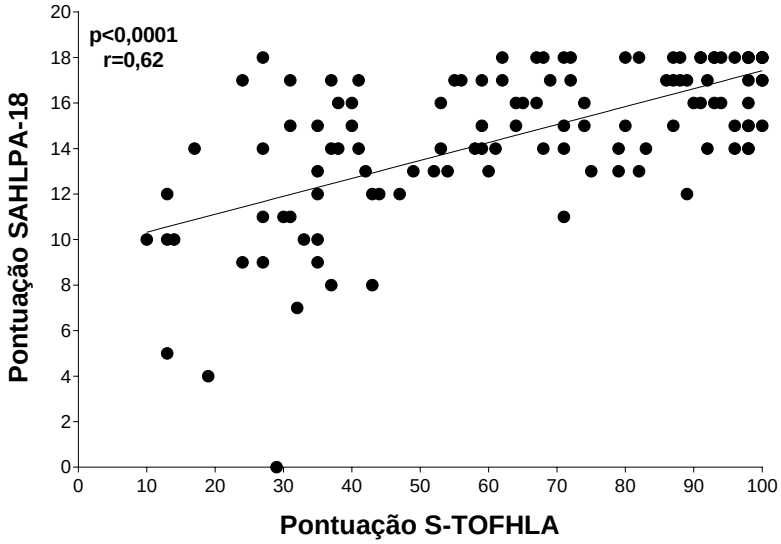


Figura 4. Correlação entre os instrumentos de avaliação SAHLPA-18 e o S- TOFHLA. O eixo "y" representa pontuação obtida em cada questionário no SAHLPA-18 e o eixo "x" representa a pontuação obtida no S-TOFHLA. Para análise estatística foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*.

DISCUSSÃO

Constatou-se que mais da metade dos pacientes oncológicos não apresentaram nível de LS adequado. Fatores sociodemográficos como aumento da idade, nível de escolaridade baixo e menor classificação econômica foram associados ao menor nível de LS.

Constatou-se que 34,0% dos pacientes abordados na pesquisa não foram incluídos no estudo em razão do analfabetismo. A taxa de analfabetismo em pessoas com 15 anos ou mais de idade no Nordeste se encontra em 11,2% segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio Contínua de 2023[29]. Desse modo, infere-se que, caso os pacientes analfabetos fossem incluídos, o nível de LS inadequado poderia ser ainda maior neste grupo populacional. Acerca do nível de instrução dos entrevistados, houve semelhança

com os indicadores brasileiros uma vez que a maior parte possui ensino médio incompleto/completo, seguido de ensino fundamental incompleto/completo e por fim ensino superior incompleto/completo[29].

Evidenciou-se que a grande maioria dos pacientes foram do sexo feminino (81,1%). Segundo dados da estimativa do INCA, publicados em 2023, a taxa ajustada de incidência de câncer foi 19% maior em homens (222,0 por 100 mil) do que em mulheres (186,0 por 100 mil), o que difere do encontrado neste estudo[30]. Entretanto, também é descrito maior procura do público feminino pelo serviço de saúde, enquanto ainda existe grande relutância dos homens na busca pelo cuidado em saúde[31].

Observou-se maior prevalência de idade entre 41 e 59 anos entre os entrevistados, corroborando com as taxas de incidência ajustadas por idade encontradas pelo INCA, uma vez que tanto para homens quanto para mulheres as idades são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento[32].

A pesquisa encontrou um panorama semelhante à realidade brasileira de classificação econômica, em que a maioria da população se encontra nas categorias mais baixas (C-D/E)[26]. Pessoas de baixa renda geralmente apresentam maior exposição a fatores de risco associados ao câncer, como é o caso do tabagismo e o câncer de pulmão[33]. Sobre a utilização de planos de saúde, os dados obtidos refletem o cenário no Brasil, uma vez que de acordo com o levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em dezembro de 2023, o setor totalizou cerca de 51 milhões de usuários em planos de assistência médica, cerca de 23% da população nacional[34]. Além disso, é descrito que a presença plano de saúde se correlaciona com maior cuidado com saúde e maiores níveis de LS[35].

Segundo estimativas do INCA em 2023, o tumor maligno mais incidente no Brasil é o de pele não melanoma (31,3% do total de casos), seguidos pelos de mama feminina (10,5%), próstata (10,2%), cólon e reto (6,5%). Tal dado diverge do encontrado pelo estudo apenas pela presença do câncer de pele não melanoma em evidência, entretanto a alta prevalência dos demais se correlaciona com a pesquisa[30].

O câncer se constitui como uma doença crônica que tem a sua prevalência aumentada no decorrer dos últimos anos, gerando impacto na qualidade de vida dos pacientes e na sua rede de apoio. Segundo Magalhães e colaboradores, a quimioterapia é o tratamento realizado em 70% dos casos de câncer em algum momento do percurso da doença, gerando inúmeros efeitos adversos que precisam ser contornados pelo próprio paciente[36]. Dessa forma, mostra-se importante nível de LS adequado para melhor gerir os

sintomas referentes à doença e ao seu tratamento, uma vez que 40,2% dos participantes entrevistados estavam em acompanhamento da doença e 37,9% realizavam quimioterapia.

Estudos mostram que pacientes oncológicos com baixo LS podem ter maiores intercorrências quanto a sua doença, existindo dificuldade na comunicação com a equipe multiprofissional, sendo submetido a intervenções desnecessárias, subtratamento ou má adesão ao plano terapêutico. Outrossim, pacientes com baixo LS estão associados à maior taxa de hospitalização e ao aumento de custos com a saúde. Particularmente ao câncer, associa-se também aos maiores riscos de ansiedade e depressão[37].

Os instrumentos escolhidos, SAHLPA-18 e S-TOFHLA, são adaptações validadas em português de instrumentos internacionais[38]. O SAHLPA-19 foca no reconhecimento e pronúncias de palavras em saúde, o S-TOFHLA está relacionado à avaliação de habilidade numérica, de compreensão da escrita e leitura do indivíduo sobre informações de saúde[39]. Na comparação entre os dois instrumentos, foi possível verificar correlação positiva, estatisticamente forte, entre eles, no entanto, isto não significa necessariamente que os testes concordam entre si, mas que há acompanhamento entre as variações dos valores das variáveis.

Constatou-se que 54,5% e 50,8% dos pacientes não apresentaram nível de LS adequado, de acordo com o SAHLPA-18 e S-TOFHLA, ademais, aumento da faixa etária, menor classificação econômica e menor escolaridade foram associados ao menor nível de LS. Estudo realizado por Cangussú e colaboradores, com amostra com 372 pacientes usuários do SUS com variadas condições em saúde, apresentou resultados semelhantes a este estudo, em que a maioria dos pacientes apresentaram nível de LS inadequado em ambos os testes[39]. Estudo realizado por Rodrigues e colaboradores em pacientes com câncer hematológico usando outro instrumento, a versão validada e traduzida do Newest Vital Sign (NVS-Br), também evidenciou nível LS inadequado, bem como associação do menor LS com maior idade, menor renda econômica e menor escolaridade[37].

Estudo realizado por Mwanri e colaboradores destacou a correlação entre as chances de desenvolver câncer de mama e o meio social, socioeconômico e cultural desfavoráveis, ressaltando ainda que por ter maior déficit do LS, essas mulheres estão mais propensas a complicações e maior dificuldade na tomada de decisões[40]. Chehuen Neto e colaboradores também denotou associação positiva entre o nível de LS e variáveis como idade e condição socioeconômica em portadores de doenças cardiovasculares crônicas[41].

Estudo realizado por Lima e colaboradores, houve associação inversamente promocional entre LS e idade, com LS inadequado em 72,5% dos entrevistados (faixa etária entre 60 e 69 anos). O estudo ainda relacionou o baixo LS com maior probabilidade de óbito e correlação entre baixa condição econômica e baixo LS[42].

Em uma revisão sistemática realizada com pessoas de baixa renda foi demonstrado que o baixo LS impacta diretamente no diagnóstico de câncer[43]. Ademais, estudo feito por Zhang e colaboradores, alia piores condições de vida estão a desfechos negativos frente ao câncer, principalmente quando se une a situações estressoras com a pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19)[44].

A correlação positiva observada entre menores níveis de LS e menor escolaridade também foi evidenciada por Borges e colaboradores[45]. Entretanto é importante destacar que existem outras variáveis envolvidas nesse estudo, como a idade avançada. Sendo assim, outros estudos também destacam a relação não necessariamente direta entre escolaridade e nível de LS[46,47].

É válido ressaltar as limitações existentes neste estudo, a principal é caracterizada pela quantidade de pacientes oncológicos que não puderam ser entrevistados, principalmente em razão do analfabetismo, assim, a amostra não conta com toda população de pacientes oncológicos abordados. Outra limitação a ser destacada é a ausência de instrumentos de avaliação de LS específicos para pacientes oncológicos, além da escassez de estudos relacionados aos pacientes oncológicos no Brasil e principalmente no Nordeste. Porém, ressalta-se que, frente aos resultados obtidos, essas limitações não comprometem a importância do estudo devido à sua primazia na abordagem do tema em um município do sertão baiano.

CONCLUSÃO

O câncer é uma doença crônica não transmissível que requer atenção em saúde singularizada, haja vista as implicações intrínsecas a doença. O alto índice de pacientes oncológicos com LS inadequado revela cenário crítico, ademais a relação entre o baixo LS de pacientes oncológicos com escolaridade, idade e nível socioeconômico, gera maiores entraves e dificultam o entendimento e seguimento das recomendações para o cuidado em saúde.

O acervo em questão destaca a importância de maior envolvimento de profissionais de saúde e gestores na inserção dos pacientes ao autocuidado, aprimorando as explicações referentes a informações de saúde. Desse modo, faz-se necessário que

mais estudos sejam realizados na área para subsidiar soluções pautáveis na área, a fim de garantir melhores resultados na saúde, principalmente envolvendo a oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Ribas KH, Araújo AHIM. The importance of Health Literacy in Primary Care: integrative literature review. Res Soc Dev. 2021;10(16):e493101624063. doi:10.33448/rsd-v10i16.62406
2. Cavalcanti EO, Figueiredo PS, Santos LC, Moreira MAJ, Paulino RG, Paranaguá TTB. Contribuições do letramento em saúde para a segurança do paciente na atenção primária: scoping review. Aquichan. 2024;24(1):e2414. doi:10.5294/aqui.2024.24.1.4
3. Barbosa SP, Paula PAB, Amorim MMA, Pereira LSS, Reis YP. Letramento em saúde como estratégia de promoção da saúde: um estudo de revisão narrativa. Conjecturas. 2022;22(7):211–233. doi:10.53660/CONJ-S30-1155
4. Ação Educativa; Instituto Paulo Montenegro. INAF Brasil 2018: resultados preliminares. São Paulo: Ação Educativa; Instituto Paulo Montenegro; 2018.
5. Rocha PC, Lemos SMA. Aspectos conceituais e fatores associados ao letramento funcional em saúde: revisão de literatura. Rev CEFAC. 2016;18(1):214-225. doi:10.1590/1982-021620161819615
6. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: a systematic review. Patient Educ Couns. 2014;94(2):149-157. doi:10.1016/j.pec.2013.10.001
7. Luckenbaugh AN, Moses KA. The impact of health literacy on urologic oncology care. Urol Oncol. 2022 Apr;40(4):117-119. doi:10.1016/j.urolonc.2019.06.016.
8. Martins NFF, Silveira RS, Abreu DPPG. Formação Superior em Saúde: relação entre o Letramento em Saúde e o cuidado na perspectiva do SUS. Saúde Pesqui. 2022;15(4):1-22. doi:10.17765/2176-9206.2022v15n4.e11080
9. Papadakos JK, Hasan SM, Barnsley J, Berta W, Fazelzad R, Papadakos CJ, Giuliani ME, Howell D. Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. Cancer. 2018;124(21):4202-4210. doi:10.1002/cncr.31688
10. Lans A, Bales JR, Fourman MS, Borkhetaria PP, Verlaan JJ, Schwab JH. Alfabetização em Saúde em Cirurgia Ortopédica: Uma Revisão Sistemática. J HSS. 2023;19(1):120-127. doi:10.1177/15563316221110536

11. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. Rev Bras Cancerol. 2023;69(1). doi:10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700

12. Frick J, Schindel D, Gebert P, Grittner U, Schenk L. Improving quality of life in cancer patients through higher participation and health literacy: study protocol for evaluating the oncological social care project (OSCAR). BMC Health Serv Res. 2019;19(1):754. doi:10.1186/s12913-019-4585-0

13. Paes NF. Uso de medicamentos e letramento funcional em saúde de pacientes com câncer de um hospital universitário. 2021. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletivo, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

14. Kugbey N, Meyer-Weitz A, Asante KO. Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. Patient Educ Couns. 2019;102(7):1357-1363. doi:10.1016/j.pec.2019.02.004

15. Ozkaraman A, Uzgor F, Dugum O, Peker S. The Effect of Health Literacy on Self-Efficacy and Quality of Life among Turkish Cancer Patients. J Pak Med Assoc. 2019;69(7):995-999. doi:10.5455/JPMA.21191

16. Lee SH, Lee KH, Chang SJ. Do health literacy and self-care behaviours affect quality of life in older persons with lung cancer receiving chemotherapy? Int J Nurs Pract. 2018;24(6):e12691. doi:10.1111/ijn.12691.

17. Buyens G, van Balken M, Oliver K, Price R, Venegoni E, Lawler M, Battisti NML, Van Poppel H. Cancer literacy – Informing patients and implementing shared decision making. J Cancer Policy. 2023;35:100375. doi:10.1016/j.jcpo.2022.100375

18. Hasannejadasl H, Roumen C, Smit Y, Dekker A, Fijten R. Health Literacy and eHealth: Challenges and Strategies. JCO Clin Cancer Inform. 2022;6:e2200005. doi:10.1200/CCI.22.00005

19. Carey M, Herrmann A, Hall A, Mansfield E, Fakes K.. Exploring health literacy and preferences for risk communication among medical oncology patients. PLoS One. 2018 Sep 18;13(9):e0203988. doi:10.1371/journal.pone.0203988.

20. Halbach SM, Enders A, Kowalski C, Pförtner TK, Pfaff H, Wesselmann S, Ernstmann N. Health literacy and fear of cancer progression in elderly women newly diagnosed with breast cancer - A longitudinal analysis. Patient Educ Couns. 2016;99(5):855-862. doi:10.1016/j.pec.2015.11.004

21. Santana JF, Toledo Neto JL, Bravo DS, Costa AB. Desafios e potencialidades da alfabetização em saúde no contexto do empoderamento: revisão sistemática da literatura. Rev InterScientia. 2017;5(2):211-224. Disponível em: https://periodicos.unipe.br/ index.php/interscientia/article/view/488. Acesso em 16 mai 2024.
22. Fernández-González L, Bravo-Valenzuela P. Effective interventions to improve the health literacy of cancer patients. Ecancermedicalscience. 2019;13:966. doi:10.3332/ecancer.2019.966
23. Marques SRL, Escarce AG, Lemos SMA. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. CoDAS. 2018;30(2). doi:10.1590/2317-1782/20182017127
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama das cidades brasileiras: Paulo Afonso/Bahia. 2022. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/paulo-afonso/panorama. Acesso em: 12 de abr de 2024.
25. Brasil. Ministério da Saúde. CnesNet - Equipes de Saúde - Bahia: Paulo Afonso. Ministério da Saúde: DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS 2023. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=14217327000124&VEstado=29&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20PAULO%20AFONSO. Acesso em: 12 abr 2024.
26. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil: Critério Brasil 2019. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2019. Disponível em: http://www.abep.org/criterio-brasil. Acesso em: 04 abr 2024.
27. Apolinario D, Braga RC, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, Lee SY. Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. Rev Saude Publica. 2012;46(4):702-11. doi:10.1590/s0034-89102012005000047
28. Maragno CAD, Mengue SS, Moraes CG, Rebelo MVD, Guimarães AMM, Pizzol TSD. Test of health literacy for Portuguese-speaking adults. Rev Bras Epidemiol. 2019;22:e190025. doi:10.1590/1980-549720190025
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2023. [Internet]. Disponível em: https://painel.ibge.gov.br/pnadc/. Acesso em: 07 abr 2024.

30. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
31. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective. Cien Saude Colet. 2014 Apr;19(4):1263-74. doi:10.1590/1413-81232014194.01242013.
32. Arruda GO, Mathias TA de F, Marcon SS. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. Cien Saude Colet. 2017;22:279-290. doi:10.1590/1413-81232017221.20532015
33. Raman V, Yong V, Erkmen CP, Tong BC. Social Disparities in Lung Cancer Risk and Screening. Thorac Surg Clin. 2022 Feb;32(1):23-31. doi:10.1016/j.thorsurg.2021.09.011.
34. Agência Brasil. Setor fecha 2023 com 51 milhões de beneficiários em planos de assistência médica. [acessado em 04 maio 2024]. Disponível em: https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202401/setor-fecha-2023-com-51-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-assistencia-medica.
35. Marques SRL, Aguiar SM. Letramento em Saúde e Fatores Associados em Adultos Usuários da Atenção Primária. Trab, Educ Saude. 2018;16(2):535-59. doi:10.1590/1981-7746-sol00109
36. Magalhães BMB de S. Autogestão dos sintomas associados ao tratamento de quimioterapia na pessoa com doença oncológica. 2020. 287f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Salud, Jaén: Universidad de Jaén; 2020.
37. Rodrigues BC, Sales AEC, Rodrigues BC, Mendonça P da S. Avaliação do Letramento em Saúde em Pacientes com Câncer Hematológico Submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. Rev. Bras. Cancerol. 29º de março de 2022;68(1):e-251657. doi:10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1657
38. Marques SRL, Lemos SMA. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. Audiol, Commun Res. 2017;22:e1757. doi:10.1590/2317-6431-2016-1757
39. Cangussú LR, Alho EAS, Cardoso FEL, Tenório APO, Barbosa RHA, Lopes JM, Lopes MR. Concordância entre dois instrumentos para avaliação do letramento em saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(2):e2020490. doi:10.1590/S1679-49742021000200004

40. Mwanri L, Gesesew H, Lee V, et al. Health Literacy Environment of Breast and Cervical Cancer among Black African Women Globally: A Systematic Review Protocol of Mixed Methods. Int J Environ Res Public Health. 2020 May 01;17(9):3158. doi:10.3390/ijerph17093158

41. Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, Ferreira RE. Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients. Cien Saude Colet. 2019 Mar;24(3):1121-1132. doi:10.1590/1413-81232018243.02212017

42. Lima ACP. Letramento em saúde em pessoas idosas: revisão sistemática e relação com a probabilidade de óbito [Dissertação de Mestrado]. Três Lagoas, Brasil: Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2024.

43. Brand NR, Qu LG, Chao A, Ilbawi AM. Delays and Barriers to Cancer Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Oncologist. 2019;24(12):e1371-e1380. doi:10.1634/theoncologist.2019-0057

44. Zhang AY, Koroukian S, Owusu C, Moore SE, Gairola R. Socioeconomic correlates of health outcomes and mental health disparity in a sample of cancer patients during the COVID-19 pandemic. J Clin Nurs. 2022 Mar;32(7-8):1173-1185. doi:10.1111/jocn.16266

45. Borges FM, Silva ARVD, Lima LHO, Almeida PC, Vieira NFC, Machado ALG. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. Rev Bras Enferm. 2019;72(3):646-653. doi:10.1590/0034-7167-2018-0366.

46. Girão AC, Moreira TMM, Silva JR, Gomes EB, Silva GF, Pereira MLD, Santiago JCS. Análise da associação entre adesão terapêutica e letramento em saúde em hipertensos. Rev Enf Cent Oeste Min. 2021;11:e4166. doi:10.19175/recom.v11i0.4166

47. Martins NFF, Abreu DPG, Silva BT, Bandeira EO, Lima JP, Mendes JM. Letramento funcional em saúde de pessoas idosas em uma unidade de saúde da família. Rev Enf Cent Oeste Min. 2019;9:e2937. doi:10.19175/recom.v9i0.2937