

Lemos com muita atenção o estudo realizado por Pinhati et al¹, no qual não se encontrou associação entre o baixo letramento em saúde (BLS) e a pressão arterial não controlada no nível secundário de atenção à saúde. Primeiramente, congratulamos os autores por inovarem investigando o fator no nível secundário de atenção à saúde.

A adesão ao tratamento depende de um conjunto de fatores, incluindo os aspectos socioeconômicos e comportamentais do indivíduo, particularidades da doença e do tratamento, também depende das posturas adotadas pelo profissional de saúde e de aspectos do sistema sanitário. Fatores como emprego, estabilidade financeira, casamento, crença de que o tratamento é o correto e eficaz para condição e apoio social apresentam associação positiva com o uso regular de medicamento e controle de doenças crônicas. Já os extremos de idade, isto é, pacientes muito jovens ou muito idosos, transtornos do humor, altos custos, efeitos colaterais, polifarmácias e distúrbios da memória apresentam associação negativa.²⁻⁴

Miller⁵, em metanálise, demonstrou que a alfabetização em saúde se associa positivamente a adesão terapêutica, principalmente quando relacionada a doenças cardiovasculares. O risco de não adesão em pacientes com baixo letramento em saúde, fator apontado pela Organização Mundial da Saúde como um dos determinantes na adesão ao tratamento,⁴ foi 16% maior. A educação em saúde se dá de forma mais eficaz, segundo o mesmo autor, quando o próprio paciente classifica seu nível educacional em saúde.

Choi et al⁶, em estudo realizado com 1523 pacientes, encontraram relação entre boa adesão a medicação anti-hipertensiva e idade \geq 65 anos, exercício físico regular ao menos 1 vez por semana, hospital localizado em região metropolitana, histórico familiar de doenças cardiovasculares ou hipertensão, uso de duas ou mais classes de anti-hipertensivos e uso concomitante de medicamentos para diabetes mellitus.

Em nossa experiência, obtida na atuação na Estratégia de Saúde da Família, em comunidades carentes através de projetos sociais e de extensão e também na atuação nos níveis secundários e terciários, observamos, no geral, baixo nível de conhecimentos em saúde, algo intimamente ligado a menor renda e menor escolaridade. Muitos pacientes carregam consigo crenças devastadoras para a saúde, mas muito comuns em nossa

região, como “o uso de medicamento diário causa vício”, “só é preciso utilizar o anti-hipertensivo quando sinto dor de cabeça”, “usar o medicamento uma vez a cada dois dias tem o mesmo efeito”.

Esclarecer os pacientes, principalmente os com idade avançada, é um desafio para todos os níveis de saúde. Apesar das repetitivas tentativas de auxiliar o paciente em compreender seu estado de saúde, a hipertensão, muitas das vezes, não é vista como uma doença grave. O acidente vascular cerebral é grave, o infarto agudo do miocárdio também é grave, mas a hipertensão arterial, na visão popular, não. A ligação entre a hipertensão e suas complicações é ignorada ou desconhecida.

O estudo de Pinhati et al¹ não nega a associação do baixo conhecimento em saúde, que surpreende por apresentar prevalência superior a 70%, com a hipertensão não controlada, mesmo que não a tenha encontrado, resultado que os autores justificam como possivelmente oriundo das características demográficas e sociais da amostra. Indiretamente, a alta prevalência permite aferir que o BLS seja, talvez, um problema subdimensionado. Portanto, reforça a necessidade de se educar em saúde.

Planos de tratamento elaborados, medidas multiprofissionais, tudo se perde se houver incompreensão por parte do paciente. Atender a integralidade e promover a equidade são princípios fundamentais da saúde brasileira assentados na Constituição Federal de 1988.⁷ Para tanto, é preciso que a educação em saúde seja inclusiva e ultrapasse a academia, atingindo a todos que carecem de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Pinhati RR, Tavares PL, Marsicano EO, Fernandes NS, Colugnati FA, et al. Baixo letramento em saúde em pacientes idosos com pressão arterial não controlada em nível secundário de atenção à saúde. *HU Rev.* 2019; 45(1):13-21. DOI: 10.34019/1982-8047.2019.v45.16970
2. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors -an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev.* 2019; 8(1):112. Published 2019 May 10. doi:10.1186/s13643-019-1014-8
3. Jaam M, Ibrahim MIM, Kheir N, Awaisu A. Factors associated with medication adherence among patients with diabetes

in the Middle East and North Africa region: a systematic mixed studies review. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017; 129:1-15. doi: 10.1016/j.diabres.2017.04.015.

4. Sabaté E (ed.) *Adherence to Long-term therapies: evidence to action.* Geneva: World Health Organization; 2003.

5. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2016; 99(7):1079-86. doi:10.1016/j.pec.2016.01.020

6. Choi HY, Oh IJ, Lee JA, Lim J, Kim YS et al. Factors Affecting Adherence to Antihypertensive Medication. *Korean J Fam Med.* 2018; 39(6):325-32. doi:10.4082/kjfm.17.0041

7. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Senado; 1988.

¹Faculdade de Medicina, Centro Universitário Atenas, Brasil.

²Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Brasil.

✉ **Josué da Silva Brito**

Rua das Mansões, 2010, Esplanada,
Paracatu, Minas Gerais
CEP: 38608-230
✉ josuedasilvabrito@gmail.com