

A Complexidade da intervenção social segundo gênero e escolaridade do doente renal crónico

Marta Olim*
Sonia Guadalupe**
Fernanda Daniel**
Monica Carvalho*
Silvia Rocha*
Fernando Macário*

120

Resumo

A elevada prevalência da doença renal crónica e a relevância social do seu tratamento exigem um aprofundamento do conhecimento sobre a população doente, tendo em conta a sua complexidade holística. O estudo pretendeu analisar os níveis de complexidade no processo de intervenção social com pessoas com doença renal crónica numa perspetiva de gênero e de escolaridade. A amostra integrou 584 doentes com idades compreendidas entre os 19 e os 93 anos, maioritariamente do sexo masculino, casados e com o 1.º ciclo ensino básico. Os participantes, com diagnóstico de doença renal crónica, foram avaliados através de um protocolo que inclui um questionário sociodemográfico e a Matriz de Complexidade Associada ao Processo de Intervenção Social com Doentes Renais Crónicos (MCAPIS_DRC). Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre os três níveis de complexidade avaliados e as variáveis sexo ($p = 0,002$, $\phi = 0,146$) e escolaridade ($p > 0,001$, $\phi = 0,277$). Verificou-se, igualmente, uma interação entre a escolaridade e o índice de complexidade consoante o sexo ($F(5, 572) = 6,647$ $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,113$). As mulheres apresentaram maiores pontuações no índice e as pessoas com maiores níveis de escolaridade pontuam menos no índice. A evidência permite ter uma abordagem diferenciadora na avaliação e intervenção social, priorizando grupos e situações problema.

Palavras-chave: Gênero. Escolaridade. Doença Renal Crónica. Complexidade. Serviço Social.

INTRODUÇÃO

A doença renal crónica (DRC) tem vindo a tornar-se num problema relevante de saúde pública, com impactes multidimensionais marcantes ao nível da qualidade de vida das pessoas doentes¹. Constituindo a DRC uma condição complexa e debilitadora² exigem-nos uma compreensão aprofundada das esferas analíticas que se entrecruzam e que reclamam intervenção social, ressaltando as relações de gênero e a educação. Apesar do reconhecimento das implicações

relevantes destas duas variáveis, não pode ser descurada na análise a integração de outros determinantes sociais relevantes que remetem para as condições sociais de vida e de trabalho que potenciam os fatores de risco e os problemas de saúde, numa mediação complexa entre macro e microindicadores³.

Em nefrologia são apontadas diferenças em relação ao sexo e ao gênero na epidemiologia, evolução e prognóstico de doenças crónicas, que nalguns casos contrariam as tendências

DOI: 10.15343/0104-7809.202145120129

*Diaverum, Departamento de Serviço Social, Lisboa, Portugal.

**Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Coimbra, Portugal.

E-mail: marta.olim@diaverum.com

gerais da população, designadamente por não haver vantagem das mulheres na sobrevivência quando em terapia renal substitutiva e por as taxas de mortalidade serem semelhantes entre os sexos⁴. A prevalência de DRC tende, em geral, a ser maior em mulheres, embora esta prevalência seja maior nos homens em tratamento substitutivo da função renal⁵, assumindo nestes maior severidade e maior risco de mortalidade⁶.

Há também evidências que sugerem diferenças comportamentais em relação à forma como homens e mulheres lidam com a doença e com o tratamento⁴, o que sublinha a relevância da perspectiva de gênero na abordagem à DRC. As mulheres em diálise tendem a sentir maior sintomatologia depressiva e ansiosa que os homens, os quais apresentam mais comportamentos compensatórios (e.g., fumar, comer e beber em excesso) como forma de lidar com o stress associado à doença, o que potencia riscos associados⁴.

As relações sociais de gênero são importantes determinantes das condições de vida e de saúde das pessoas⁷, pelo que diferentes papéis sociais afetam as experiências e a relação com a doença e com os cuidados de saúde⁸. Comportamentos protetores para a saúde ou de risco estão associados a atributos sociais de masculinidade e feminilidade que podem transformarem-se em vantagem ou desvantagem, dependendo do contexto e da idade⁹. Mulheres e homens tendem a apresentar diferenças quanto a hábitos de saúde, esperança de vida, modos de adoecer e morrer, autopercepção da sua saúde e utilização dos serviços de saúde⁷.

É, no entanto, frequente as desigualdades de gênero em saúde não serem reconhecidas, o que resulta de conceções de que as diferenças são atribuíveis a fatores biológicos

e não às relações sociais de gênero¹⁰. Defende-se a necessidade de identificar as ligações entre sexo e gênero para clarificar as relações de ambos com os determinantes da saúde, o que confere especial relevância à adoção de uma perspectiva de gênero na saúde, distinguindo atribuições biogenéticas e impactes de desigualdades de gênero, assim como de outras dimensões sociais¹¹.

Por seu lado, a escolaridade tem uma forte associação com a literacia em saúde e em cuidados de saúde, sendo que esta varia com os contextos sociais e culturais das pessoas¹², condicionando a forma como as pessoas têm acesso, interpretam e compreendem a doença e os tratamentos.

Sabendo-se que 23% da população num estado avançado da doença renal crónica revela insuficiente informação em relação à doença e seu tratamento¹³, o que está associado a baixos níveis socioeconómicos, a comorbilidades e a mortalidade¹⁴. Uma adequada informação em relação à gestão da doença e promoção da saúde está associada a comportamentos que promovem melhor adesão ao tratamento^{15,16}.

Uma literacia limitada reduz as competências dos doentes para compreender a sua doença e tratamento, dificultando o consentimento informado, condicionando as suas competências e afastando-os de uma participação mais efetiva no seu processo a vários níveis. O risco de adoecer aumenta com a ausência de escolaridade, sobretudo quando há associada uma situação de pobreza, sendo que em 2014 em Portugal as pessoas sem formação apresentavam um risco 6 vezes superior de ter má saúde quando comparadas com as que detêm mais formação, persistindo e agravando-se desigualdades que tendem a desfavorecer quem tem níveis educativos mais baixos, independentemente do sexo e

da idade¹⁷.

Níveis baixos de literacia em saúde estão relacionados com dificuldades na compreensão dos processos de doença, do prognóstico, da evolução da doença e do seu tratamento, assim como com a deteção tardia das doenças, a problemas na adesão e adequação terapêutica, ao uso indevido de serviços de saúde e uma maior taxa de morbilidade e de hospitalização¹⁵.

Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo a análise dos níveis de complexidade associados ao processo de intervenção social com pessoas com DRC, numa perspetiva de gênero e de escolaridade, discutindo as suas implicações.

MATERIAL E MÉTODO

Tipo de Estudo

O estudo é observacional analítico transversal, tendo usado uma amostra não probabilística ou intencional.

Participantes

Participaram no estudo 584 pessoas com doença renal crónica a residirem em Portugal. A amostra integrou maioritariamente do sexo masculino (63,4% vs. 36,6%), com idades compreendidas entre os 19 e os 93 anos ($M = 67,5$; $DP = 14,8$), casados ($n = 363$; 60,4%), sendo que, na sua maior parte, apresentavam escolaridade ao nível do 1.º ciclo ensino básico ($n = 276$; 47,3%).

Instrumento

Foi usada a Matriz de Complexidade Associada ao Processo de Intervenção Social com Doentes Renais Crónicos (MCAPIS_DRC)¹⁸, instrumento que permite identificar a complexidade associada ao processo de

Tabela 1 – Características Sociodemográficas dos Participantes, Diaverum, Portugal, 2020

	N 584	% 100
Sexo		
Feminino	214	36,6
Masculino	370	63,4
Idade (M = 67,5; DP = 14,8; Min = 19; Max = 93)		
< 45 anos	54	9,2
45 – 64 anos	149	25,5
65 – 74 anos	182	31,2
75 – 84 anos	140	24,0
> = 85 anos	59	10,1
Estado Civil		
Solteiro/a	71	12,2
Casado/a ou em união de facto	353	60,4
Divorciado/a ou separado/a	55	9,4
Viúvo/a	105	18,0
Habilitações Literárias		
Sem Escolaridade	62	10,6
Ensino Básico 1.º Ciclo (1-4.º ano)	276	47,3
Ensino Básico 2.º Ciclo (5-6.º ano)	66	11,3
Ensino Básico 3.º Ciclo (7-9.º ano)	70	12,0
Ensino Secundário/ Curso Profissional (10/12.º)	51	8,7
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura e Doutoramento)	59	10,1
Região		
Norte	191	32,7
Centro	75	12,8
Lisboa e Vale do Tejo	318	54,5

intervenção social na área de Nefrologia. A MCAPIS_DRC é um instrumento de notação heteroadministrado construído para a gestão de informações sociais de assistentes sociais, equipas de saúde e administração de unidades de saúde. A MCAPIS_DRC foi

desenvolvida com base em 5 itens da Escala de Complexidade da Intervenção Social com Adultos no Contexto Hospitalar (ECISACH)²⁴. A versão da MCAPIS_DRC foi modificada após pareceres de um grupo focal de assistentes sociais peritos na intervenção com doentes renais crónicos e de investigadores na área da saúde, incluindo um estatista. A versão final da MCAPIS_DRC apresenta 15 itens que conjuntamente constituem um índice em que cada item intervém com pesos distintos. Para a validação do índice, foram avaliados 100 doentes renais crónicos por um grupo de 5 peritos, de forma cega, com base nos dados registados dos processos sociais dos doentes, tendo-os classificado em três níveis de complexidade (baixo, moderado, alto) para validar futuros pontos de corte¹⁸. As propriedades métricas da matriz foram avaliadas através da sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte. Foi utilizada uma curva de Característica Operacional do Receptor (ROC) para definir o melhor ponto de corte, avaliando a eficiência do MCAPIS_DRC através da Área Sob a Curva ROC (AUC), precisão (ACC) e o Índice Youden com um intervalo de confiança de 95%, tendo resultado os pontos de corte usados no presente estudo. O índice de complexidade (ICAPIS_DRC) gerado pela matriz classifica as situações em três níveis de complexidade segundo os pontos de corte: 1) Baixo $\leq 31,22$; 2) Médio = 31,23 a 38,56; 3) Elevado $\geq 38,56$ ¹⁸.

Procedimentos

A amostra, não probabilística ou intencional, recorreu a informantes estratégicos, assistentes sociais de 26 clínicas privadas de hemodiálise em Portugal. Foram estes profissionais que selecionaram os indivíduos e que recolheram a informação,

tendo sido registada no processo social e sistematizada numa base de dados. Os participantes assinaram um consentimento informado quando ingressaram na clínica, concordando com a utilização dos dados para investigação, salvaguardando-se a confidencialidade e o anonimato no seu tratamento e divulgação, o que inclui os dados dos utentes recolhidos pelo Serviço Social. O acompanhamento dos utentes na clínica implica critérios clínicos de referenciação, sendo todos doentes renais crónicos. Os responsáveis pela recolha de dados foram treinados para usar os instrumentos de recolha e orientam-se pelo Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal publicado em 2018 pela Associação dos Profissionais de Serviço Social.

Os dados foram recolhidos entre 1 de Janeiro de 2019 a 31 de Dezembro de 2019. Foram integrados na amostra todos os doentes entrados nas clínicas e triados pelo Serviço Social durante o ano de 2019. Os doentes quando são referenciados para as clínicas de hemodiálise trazem o diagnóstico clínico prévio efetuados por médico nas unidades de saúde da zona de residência. A colheita dos dados foi efetuada no âmbito do processo de avaliação e de intervenção pelo Serviço Social.

Análise estatística

O programa informático utilizado para efetuar a análise estatística foi o Statistical Package for Social Sciences® (SPSS - versão 25.0 para Windows). Na análise dos dados utilizámos a estatística descritiva e inferencial. Na descrição univariada das variáveis recorreremos a medidas de tendência central e dispersão (Tabela 1). O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre variáveis categóricas

(Tabela 2). Foram realizados testes preliminares para verificar os pressupostos da normalidade e homogeneidade das variâncias. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade da distribuição das pontuações do Índice de Complexidade (0,043; gl = 584; p = 0,01). Com base no resultado indiciador de não normalidade avaliou-se a assimetria e a curtose e confirmou-se que não houve violação, ao pressuposto da normalidade da distribuição das pontuações tendo sido encontrados valores de assimetria padronizados inferiores a 2,8 e de curtose

inferiores a 2,6¹⁹. A homogeneidade das variâncias foi avaliada com recurso ao teste Levene (1,340; gl1 = 11; gl2 = 572, p = 0,198). Para determinar diferenças no Índice de Complexidade a partir de duas variáveis categóricas (habilitações literárias e sexo) utilizou-se a Anova de duas vias (Tabela 3). Quando verificado efeito significativo em algum dos fatores, foi realizado o teste post hoc de Tukey para localização das diferenças. O valor de Eta quadrado parcial (hp 2) é apresentado como medida do tamanho do efeito. Definiu-se para o estudo um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A tabela 2 apresenta as pontuações dos três níveis de complexidade por sexo. A análise das frequências permite-nos constatar que existiu uma associação entre o sexo e os níveis de complexidade. O teste qui-

quadrado para independência (com correção de continuidade de Yates) indicou associação significativa entre o nível de complexidade e o sexo, $X^2(1, n = 584) = 12,49, p = 0,002, \phi = 0,146$ e a escolaridade ($10, n = 584) = 44,723,$

Tabela 2 – Índice de Complexidade segundo o “sexo” e a “escolaridade”, Diaverum, Portugal, 2020

	Baixo	Médio	Elevado	Total
Sexo				
Feminino	95 (16,3%)	98 (16,8%)	21 (3,6%)	214 (36,6%)
Masculino	202 (34,6%)	155 (26,5%)	13 (2,2%)	370 (63,4%)
Total	297 (50,9%)	253 (43,3%)	34 (5,8%)	584 (100%)
Escolaridade				
Sem Escolaridade	20 (3,4%)	37 (6,3%)	5 (0,9%)	62 (10,6%)
Ensino Básico 1º Ciclo	116 (19,9%)	141 (24,1%)	19 (3,3%)	276 (47,3%)
Ensino Básico 2º Ciclo	40 (6,8%)	24 (4,1%)	2 (0,3%)	66 (11,3%)
Ensino Básico 3º Ciclo	43 (7,4%)	25 (4,3%)	2 (0,3%)	70 (12,0%)
Ensino Secundário/ C. Profissional	32 (5,5%)	16 (2,7%)	3 (0,5%)	51 (8,7%)
Ensino Superior	46 (7,9%)	10 (1,7%)	3 (0,5%)	59 (10,1%)
Total	297 (50,9%)	253 (43,3%)	34 (5,8%)	584 (100%)

$p > 0,001$, $\phi = 0,277$.

Foi efetuada uma Anova de duas vias para explorar os efeitos principais do sexo e das habilitações literárias no índice de complexidade. As habilitações literárias

foram categorizadas em cinco níveis: “sem escolaridade”; $n = 62$; 10,6%, “1.º Ciclo”; $n = 276$; 47,3%); “2.º Ciclo”; $n = 66$; 11,3%); “3.º Ciclo” (7-9 anos); $n = 70$; 12,0%); “Ensino Secundário”; $n = 51$; 8,7%); e “Ensino

Tabela 3 – Testes de Efeitos Entre Sujeitos, Diaverum, Portugal, 2020
Variável dependente: Índice de complexidade

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Modelo corrigido	1351,392 ^a	11	122,854	6,647	,000
Intercepto	353220,634	1	353220,634	19111,170	,000
Sexo	103,835	1	103,835	5,618	,018
Habilitações	938,194	5	187,639	10,152	,000
Sexo * Habilitações	40,437	5	8,087	,438	,822
Erro	10571,943	572	18,482		
Total	590455,239	584			
Total corrigido	11923,336	583			

a. R Quadrado = ,113 (R Quadrado Ajustado = ,096)

Superior”; $n = 59$; 10,1%).

A interação entre os grupos foi estatisticamente significativa, $F(5, 572) = 6,647$ $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,113$). Importa por isso reportar os efeitos principais relativamente às habilitações literárias $F(5, 572) = 10,152$ $p > 0,001$, $\eta^2 = 0,082$ tal como ao sexo $F(1, 572) = 5,618$ $p = 0,018$, $\eta^2 = 0,010$). As comparações Post-hoc, usando o teste Tukey HSD, revelaram que as pontuações médias das pessoas “sem escolaridade” ($M = 32,60$; $SD = 4,01$) eram estatisticamente diferentes das pessoas com maior nível de escolaridade superior ($M = 28,49$; $SD = 4,43$), tal como as pontuações médias das pessoas com o 1.º ciclo do ensino básico ($M = 32,55$; $SD = 4,23$) eram estatisticamente diferentes de todos os outros grupos (sem escolaridade: $M = 32,60$; $SD = 4,01$; 2.º ciclo: $M = 30,40$; $SD = 4,12$; 3.º ciclo: $M = 30,45$; $SD = 4,28$; Secundário/Curso Profissional: $M = 30,55$; $SD = 5,29$ e Ensino Superior: $M = 28,49$; $SD = 4,43$). Da mesma

forma as pessoas com o 2.º ciclo do ensino básico ($M = 30,40$; $SD = 4,12$) apresentaram diferenças estatísticas nas pontuações médias quando comparadas com as pessoas “sem escolaridade” ($M = 32,60$; $SD = 4,01$) e com o 1.º ciclo ($M = 32,55$; $SD = 4,23$).

A pessoas com o 3.º ciclo do ensino básico ($M = 30,45$; $SD = 4,28$) apresentaram diferenças estatísticas quando comparadas com as pessoas “sem escolaridade” ($M = 32,60$; $SD = 4,01$) e com as pessoas com o 1.º ciclo ($M = 32,55$; $SD = 4,23$). As pessoas com o Secundário/Profissional ($M = 30,55$; $SD = 5,29$) apresentavam, também, diferenças estatísticas com as pessoas “sem escolaridade” ($M = 32,60$; $SD = 4,01$). Por último contactou-se que as pessoas com o “Ensino Superior” ($M = 28,49$; $SD = 4,43$) apresentavam diferenças nas pontuações quando comparadas com as pessoas “sem escolaridade” ($M = 32,60$; $SD = 4,01$) e com as pessoas com o 1.º ciclo ($M = 32,55$; $SD = 4,23$).

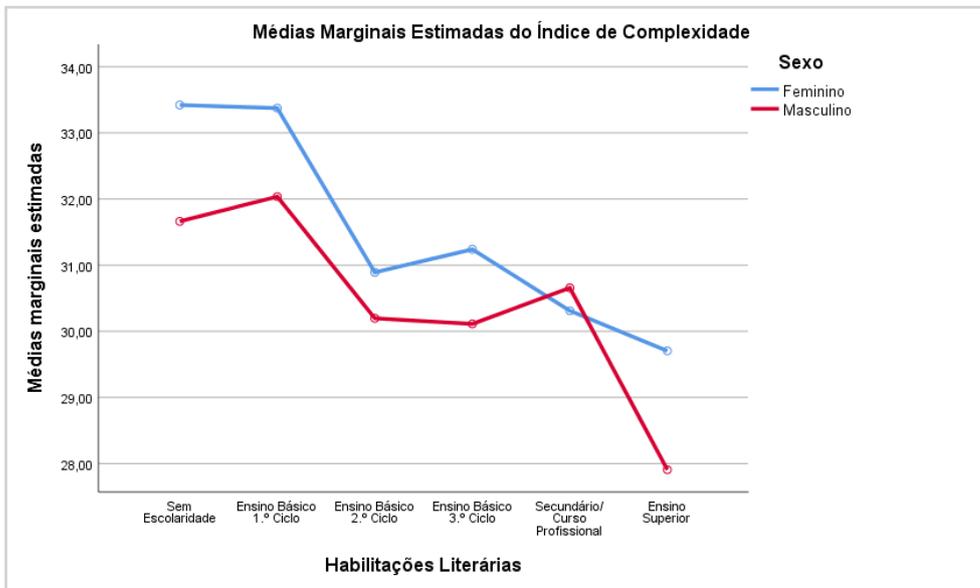
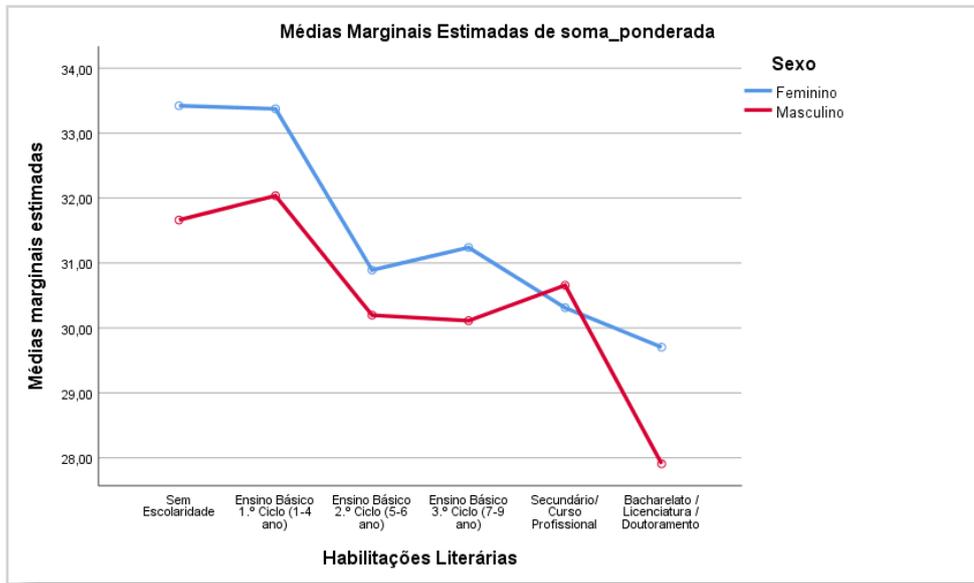


Figura 1 – Índice de Complexidade Segundo as Habilitações e o Sexo

DISCUSSÃO

Os níveis de complexidade na intervenção social com doentes renais crónicos a fazer tratamentos de hemodiálise associaram-se significativamente ao sexo e à escolaridade, sendo estas variáveis relevantes na abordagem à DRC^{4,6,15,16}.

O nível de complexidade avaliado reflete uma combinação multidimensional de indicadores de avaliação social que têm elevado impacto ou interferem na intervenção social com doentes com DRC, tais como a autonomia, a adaptação individual e familiar à doença, condições de vida, competências, suporte social formal e informal, entre outras¹⁸, sendo indicadores também condicionados socialmente pelas relações de género e pelo acesso à educação. Sabendo-se que a qualidade de vida e bem-estar dos doentes com DRC são potenciados por conjugações favoráveis de múltiplas dimensões potenciadoras de ajustamento e adaptação às exigências da doença e dos seus tratamentos²⁰, as variáveis focadas no presente estudo não podem ser ignoradas ou secundadas na avaliação e na intervenção social e clínica.

Uma revisão sobre determinantes sociais da saúde em Portugal identificou a educação e o género como os principais determinantes sociais nas desigualdades em saúde, particularmente no que concerne à distribuição da obesidade, à autoavaliação da saúde e à saúde mental²¹, o que sublinha a relevância destas variáveis na abordagem à doença crónica.

Todavia, o sexo e as relações de género na abordagem à DRC têm sido negligenciados na literatura, tal como dá conta Cobo *et al.*²², apesar de serem variáveis cruciais para uma compreensão multidimensional desta doença. Os nossos resultados evidenciaram que as mulheres apresentaram quase o dobro de situações de complexidade elevada na intervenção social em relação aos homens da amostra, enquanto que a relação se inverte quando consideramos os níveis médio e baixo de complexidade, destacando-se aqui a proporção de homens.

Se no acompanhamento clínico a evidência

sugere que sejam consideradas para melhor compreender a progressão da doença, a interação entre fatores de risco, ou as atitudes face à doença e aos tratamentos⁴, já nos cuidados sociais parece também evidente a relevância de considerar que emergem perfis distintos na atenção aos doentes, consoante sejam homens ou mulheres. Esta preocupação havia sido destacada num nosso estudo anterior, em que as mulheres revelaram uma média superior no número de necessidades sociais do que os homens, ainda que não se verificassem diferenças significativas²³.

Os/as assistentes sociais lidam com problemáticas sociais complexas que envolvem relações multidimensionais que se expressam de uma forma idiossincrática em cada contexto e em cada situação²⁴. Tais situações são marcadas nas suas trajetórias por relações de género desiguais, assim como por desiguais condições e oportunidades para alcançar níveis de escolaridade elevados, constituindo determinantes sociais de uma saúde também potencialmente desigual.

Entre a amostra do estudo, foram os que detêm baixa escolaridade que apresentaram as proporções mais elevadas de situações classificadas com média e elevada complexidade, representando os sem escolaridade e os que têm o 1.º ciclo do ensino básico, em conjunto, mais de 70% dos casos com complexidade elevada e com complexidade média. Os casos de complexidade baixa eram mais heterogêneos, distribuindo-se com proporções mais semelhantes. A interação significativa entre estas variáveis reflete certamente o desfavorecimento social também associado à escolaridade mais baixa, que, de forma combinada, constituem fatores de agravamento de desigualdades sociais, de risco de doença e de pior saúde¹⁷.

Não podemos ignorar que a amostra era constituída sobretudo por população idosa, sendo que a população mais envelhecida em Portugal é menos escolarizada e apresenta condições de vida que espelham maior

vulnerabilidade social²⁵.

A literacia em saúde espelha não só as competências individuais, que se inscrevem em trajetórias heterogêneas, como também de competências de interação com os cuidados de saúde, o que exige uma abordagem multidisciplinar e multissetorial para adequar os sistemas de saúde aos contextos culturais e sociais e promover o acesso aos cuidados, o que requer estratégias que ultrapassem as de educação para a saúde e que reconheçam a complexidade e as desigualdades¹⁵.

Outros autores partilham dessa ideia, já que a complexidade da situação clínica da DRC, os tratamentos prolongados e a extensão da equipa de saúde que acompanha o doente ao longo do tempo, exige que sejam pensadas estratégias para ultrapassar a literacia limitada que frequentemente se identifica entre utentes com DRC e que se reflete no perfil de utilização de serviços, de adesão e adequação aos tratamentos e até de mortalidade²⁶. Estas estratégias nunca podem ignorar o contexto social dos doentes, devendo envolver também cuidadores e a rede de suporte informal, para além do sistema de saúde²⁶.

O estudo apresenta como limitações o uso

de variáveis proxy das variáveis que discutimos indiretamente, por estarem intimamente associadas na literatura, isto é, usamos o sexo para discutir relações de género e usamos a escolaridade para discutir a literacia em saúde. Em estudos futuros, estas variáveis devem ser alvo de avaliações específicas e mais aprofundadas, recomendando que o protocolo de avaliação social de doentes com DRC passe a incluir um instrumento específico de avaliação da literacia em saúde associada à DRC, para além dos indicadores já usados na avaliação da complexidade da intervenção social. Como limitação está também o facto de usarmos um instrumento recente e com poucos estudos publicados que possamos discutir, outra limitação a considerar prende-se com o facto dos participantes serem todos doentes renais crónicos, sendo a incidência de hipertensão arterial nestes casos, sempre expressiva e com a possibilidade de desenvolver demência vascular, não obstante apesar de não termos avaliado o grau de demência dos pacientes do estudo, os inquiridos responderam todos de forma consciente, orientada e com um discurso coerente e perceptível.

CONCLUSÃO

O estudo produz evidência sobre uma associação estatisticamente significativa entre o índice e os níveis de complexidade associados ao processo de intervenção social e as variáveis sexo e escolaridade. Verificou-se, assim, uma interação entre as variáveis em análise. As mulheres apresentam maiores pontuações no índice e as pessoas com maiores níveis de escolaridade apresentam pontuações mais baixas no índice. Esta evidência tem implicações na intervenção social com doentes renais crónicos, exigindo a planificação de uma abordagem diferenciadora em segmentos populacionais específicos, designadamente por sexo e escolaridade, reforçando o suporte social e as estratégias de social advocacy e de desenvolvimento de

competências no sentido de reforçar a literacia em saúde e de direitos sociais.

A partir da evidência resultante, parece-nos fundamental apostar em estratégias que incluam as perspetivas de género e preocupações com a promoção da literacia em saúde no âmbito de cuidados holísticos em saúde. Para tal é importante apostar em investigação sobre estas variáveis para intervir na área da nefrologia, tal como é referido em vários estudos,^{6,15,22} pois a falta de evidência responsabiliza os investigadores a aprofundar conhecimento no sentido de pensar, em conjunto com as equipas multidisciplinares de saúde, em formas de melhor promover o bem-estar dos doentes.

REFERÊNCIAS

- 1 - Gerogianni S, Babatsikou F. Psychological Aspects in Chronic Renal Failure. *Health Sci J* 2014; 8(2): 205-214. Available from: Disponível em: <https://www.hsj.gr/medicine/psychological-aspects-in-chronic-renal-failure.pdf>
- 2 - Braun L, Sood V, Hogue S, Lieberman B, Copley-Merriman C. High burden and unmet patient needs in chronic kidney disease. *Int J Nephrol Renovasc Dis* 2012; 5(13): 151-163. DOI: 10.2147/IJNRD.S37766
- 3 - Buss M, Filho P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis* 2007; 17(1): 77-93. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100006
- 4 - Carrero J. Gender Differences in Chronic Kidney Disease: Underpinnings and Therapeutic Implication. *Kidney Blood Press Res* 2010; 33(5): 383-392. DOI: 10.1159/000320389
- 5 - Hecking M, Bieber A, Ethier J, Kautzky-Willer A, Sunder-Plassmann G, Saemann M, et al. Sex-Specific Differences in Hemodialysis Prevalence and Practices and the Male-to-Female Mortality Rate: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *PLOS Medicine* 2014; 11(10): 3-14. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001750
- 6 - Goldberg I, Krause I. The role of gender in chronic kidney disease. *Eur Med J* 2016; 1(2): 58-64. Available from: Disponível em: <https://emj.emg-health.com/wp-content/uploads/sites/2/2017/12/The-Role-of-Gender-in-Chronic-Kidney-Disease.pdf>
- 7 - Esteban M. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva* 2006; 2(1): 9-20. DOI: 10.18294/sc.2006.52
- 8 - Theobald S, Tolhurst R, Elsej H, Standing H. Engendering the bureaucracy? Challenges and opportunities for mainstreaming gender in Ministries of Health under sector-wide approaches. *Health Policy Plan* 2005; 20:141-149. DOI: 10.1093/heapol/czi019
- 9 - Daniel F, Monteiro R, Antunes S, Fernandes R, Ferreira, L. Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspectiva de género. *Port J Public Health* 2018; 36(2): 59-65. DOI: 10.1159/000490929
- 10 - Sen G, George A, Östlin, P. Engendering international health: The challenge of equity. London: Press Editorial Board; 2002.
- 11 - Doyal, L. Gender and the 10/90 gap in health research. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82(3): 162. Available from: Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/72502>
- 12 - Pedro A, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saúde Pública* 2016; 34(3): 259-275. DOI: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002
- 13 - Frasen S, Roderick P, Casey M, Taal W, Yuen H, Nuthbeam D. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant* 2013; 28(1): 129-137. DOI: 10.1093/ndt/gfs371
- 14 - Taylor D, Bradley J, Bradley C, Draper H, Johnson R, Metcalfe W, et al. Limited Health literacy in advanced kidney disease. *Kidney International* 2016; 90(3): 685-695. DOI: 10.1016/j.kint.2016.05.033
- 15 - Costa-Requena G, Moreso F, Cantarell M, Serón D. Health literacy and chronic kidney disease. *Nefrologia* 2017; 37(2): 115-117. DOI: 10.1016/j.nefro.2016.10.001
- 16 - Jan D, Green A. Health literacy in kidney disease: review of the literature and implications for clinical practice. *World J Nephrol* 2016; 5(2):147-151. DOI: 10.5527/wjn.v5.i2.147
- 17 - OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde: Procuram-se novos caminhos – Relatório de Primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Universidade de Évora, e Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; 2016. Available from: Disponível em: http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf
- 18 - Olim M, Guadalupe S, Daniel F, Pimenta J, Carrasco L, Silva A. Matrix of Complexity Associated with the Process of Social Intervention with Chronic Renal Disease Patients. In: Albuquerque C, editor. *Emerging Trends and Innovations in Privacy and Health Information Management*. USA: IGI global Publisher of Timely Knowledge; 2019. p.85-114. DOI: 10.4018/978-1-5225-8470-4
- 19 - Kim H. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics* 2013; 38(1):52-54. DOI: 10.5395/rde.2013.38.1.52
- 20 - Lopes M, Fukushima R, Inouye K, Pavarini S, Orlandi S, Lopes J, et al. Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis. *Acta Paulista de Enfermagem* 2014; 27(3): 230-236. DOI: 10.1590/1982-0194201400039
- 21 - Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *Int J Equity in Health* 2016; 15-26. DOI: 10.1186/s12939-016-0314-z
- 22 - Cobo G, Hecking M, Port K, Exner I, Lindholm B, Stenvinkel P, et al. Sex and gender differences in chronic kidney disease: progression to end-stage renal disease and haemodialysis. *Clinical Science* 2016; 130 (14): 1147-1163. DOI: 10.1042/CS20160047
- 23 - Olim M, Guadalupe S, Zeferino S, Marques M, Neves P. Necessidades e recursos sociais em doentes renais crónicos hemodialisados. *Serviço Social & Saúde* 2018; 17(1): 31-64. DOI: 10.20396/sss.v17i1.8655202
- 24 - Serafim M, Santo M. Criação e validação de uma escala de complexidade da intervenção social com adultos em contexto hospitalar (ECISACH). *Intervenção Social* 2012; 39: 45-87. Available from: Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1186>
- 25 - Esteves A, Pinto J. O envelhecimento na área metropolitana do Porto. *Estatísticas e Estudos Regionais* 1991; 14:22-30. Available from: Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106164&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1
- 26 - Dageforde L, Cavanaugh K. Health Literacy: Emerging Evidence and Applications in Kidney Disease Care. *Adv Chronic Kidney Dis* 2013; 20(4): 311-319. DOI: 10.1053/j.ackd.2013.04.005

Recebido em outubro de 2020.

Aceito em fevereiro de 2021.