

ARTIGO ORIGINAL

Letramento em saúde na perspectiva de pessoas com doenças cardiovasculares: estudo de métodos mistos*


Health literacy from the perspective of people with cardiovascular diseases: a study of mixed methods*

HIGHLIGHTS

1. Estudo brasileiro de métodos mistos sobre letramento em saúde.
2. Potencialidades: suporte social, capacidade de interagir e navegar no sistema.
3. Fragilidades: informações suficientes, cuidado ativo e avaliação das informações.
4. Resultados integrados permitiram uma análise mais abrangente.

Francini de Oliveira Rodrigues¹ 

Manuel Portela Romero² 

Christiane de Fátima Colet¹ 

Kelly Cristina Meller Sangoi¹ 

Gabriela Kahl Kunkel¹ 

Cristina Thum³ 

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz¹ 

RESUMO

Objetivo: Analisar o letramento em saúde na perspectiva de pessoas com doenças cardiovasculares. **Método:** Estudo de métodos mistos, sequencial explanatório, com 124 pessoas na etapa quantitativa e seis na qualitativa. Coleta dos dados por meio do Health Literacy Questionnaire com entrevistas entre abril e novembro de 2023 em Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Dados foram analisados de forma descritiva, inferencial, com análise de conteúdo e integração. **Resultados:** Os participantes raramente comparam informações de saúde de diferentes fontes, enfrentam falta de equidade nas orientações e delegam cuidados aos familiares. O programa de medicina preventiva pode facilitar o letramento em saúde, destacando o "suporte social" e "interação ativa com profissionais de saúde" como estratégias para superar fragilidades. **Conclusões:** Pessoas com doenças cardiovasculares apresentam fragilidades no letramento em saúde, influenciadas pela idade, escolaridade, comprometendo sua autonomia no cuidado. A integração dos dados revelou coerência e divergências entre percepção e prática, apontando para a necessidade de intervenções específicas.

DESCRITORES: Letramento em Saúde; Doenças Cardiovasculares; Acesso à Informação; Educação de Pacientes como Assunto; Hospitalização.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Rodrigues FO, Romero MP, Colet CF, Sangoi KCM, Kunkel GK, Thum C, et al. Letramento em saúde na perspectiva de pessoas com doenças cardiovasculares: estudo de métodos mistos. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e97999pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97999pt>

¹Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

²Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Espanha.

³Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por mais de 17 milhões de mortes anuais no mundo¹. No Brasil, 72% das mortes resultam de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo 30% devido a DCV². Além disso, tais doenças apresentam consequências como o aumento da morbidade, incapacidades, diminuição da qualidade de vida, aumento das demandas de cuidado e, conseqüentemente, custos ao indivíduo, família e serviços de saúde³.

O aumento das DCV está relacionado ao envelhecimento da população e aos fatores de riscos como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, tabagismo, dieta inadequada, estresse e histórico familiar. Diante de tais fatores, torna-se necessário o fortalecimento das medidas de proteção e promoção da saúde, especialmente aquelas que promovem os hábitos de vida saudáveis, o acesso às medidas para prevenção primária e secundária, que estão associadas ao tratamento de eventos cardiovasculares³.

Nesse contexto, o Letramento em Saúde (LS) contribui potencialmente e pode modificar fatores negativos à saúde, a partir de comunicação clara, compreensível e de forma singular, com foco nas necessidades de cada pessoa, sendo estrategicamente relevante para as políticas públicas, as quais se fundamentam em uma população saudável como requisito essencial⁴. O LS representa o conhecimento e competências pessoais que se acumulam por meio de atividades diárias, interações sociais e gerações. Esse conhecimento e competências são mediados por estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos, os quais permitem que as pessoas acessem, compreendam, avaliem e usem informações e serviços, de maneira que promovam e mantenham a boa saúde e o bem-estar para eles e para os que os cercam⁵.

O alto nível de LS está associado a mudanças de comportamento. Intervenções centradas no LS – como o uso de materiais impressos, suporte individualizado, educação coletiva e a combinação dessas estratégias – mostram-se promissora na promoção de melhores desfechos relacionados à nutrição, à atividade física, e aos níveis de colesterol⁶. Posto isso, acredita-se que o LS pode impactar o comprometimento do usuário para a modificação de atitude, sobretudo relacionado aos fatores de risco modificáveis, mas pode ser instigado por questões especiais e socioeconômicas⁵. Outro estudo aponta que o LS insuficiente está associado ao uso inadequado dos serviços de saúde e gera resultados clínicos desfavoráveis. Evidências apontam para maiores taxas de hospitalização, aumento da procura por atendimentos de emergência, menor utilização de medidas preventivas, baixa adesão a tratamentos prescritos e elevação das taxas de mortalidade – especialmente entre indivíduos com DCV⁷.

No contexto internacional e nacional, estudos se propuseram a avaliar o LS das pessoas com DVC, porém quantitativamente com pacientes adultos na Etiópia¹, idosos no Japão⁸ e no Brasil⁹ e com homens e mulheres com DCV na Alemanha¹⁰. Além disso, encontramos dois estudos internacionais com abordagem metodológica de métodos mistos (MM), porém em contextos clínicos diferentes das DCV¹¹⁻¹².

Neste estudo, pretendemos explorar o LS em indivíduos com DCV utilizando desenho de investigação de MM. Esta metodologia busca explorar as duas análises em um único manuscrito, tendo em vista que se trata de um fenômeno complexo¹³. No Brasil, este estudo é o primeiro a avaliar o LS de pessoas hospitalizadas com DCV, em instituição de saúde privada. Soma-se o fato de que o LS é pouco explorado no contexto das práticas e gestão em saúde no Brasil e também pela escassez de dados nacionais e internacionais através dos MM.

A partir desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar o LS na perspectiva de pessoas com DCV que estiveram hospitalizadas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de métodos mistos (MM), com desenho sequencial explanatório. A primeira fase foi conduzida com abordagem quantitativa e os resultados foram acompanhados na segunda fase. A fase qualitativa tem o propósito de explicar os resultados iniciais em maior profundidade. Para facilitar a discussão das características de projeto de MM no modelo sequencial exploratório, utiliza-se o sistema de notação QUAN→qual, visto que o pesquisador implementa os dois elementos em uma sequência, os métodos quantitativos primeiro, pois têm prioridade para tratar das questões do estudo, e os métodos qualitativos seguem para ajudar explicar os resultados quantitativos¹³.

A etapa quantitativa ocorreu em hospital geral, privado, do sul do Brasil, mais especificamente nas unidades de internação clínica. A instituição conta com o programa de “Medicina Preventiva em Atenção Integral à Saúde”, o qual faz o acompanhamento dos pacientes nele inseridos, com atividades de atenção integral e também prepara o paciente para alta, por meio da equipe multidisciplinar.

Foram incluídas pessoas a partir de 18 anos, com diagnóstico médico de DCV, atividade cognitiva preservada e hospitalizadas há, pelo menos, 24 horas. Foram excluídos do estudo pacientes cirúrgicos, parturientes e institucionalizados após a alta hospitalar.

A amostragem foi constituída por conveniência. Foram convidados 152 pacientes, destes, 26 recusaram-se a participar. A coleta de dados foi realizada pela primeira autora do artigo e bolsistas de iniciação científica, previamente capacitadas.

Em relação à análise e tratamento dos dados, foi utilizado o aplicativo *Joint Form* para transcrição dos instrumentos. Os instrumentos foram aplicados à beira leito, sendo questionário sociodemográfico, juntamente com o questionário *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), instrumento multidimensional utilizado para mensuração do LS¹⁴, validado para uso no Brasil¹⁵.

O instrumento engloba 44 itens, divididos em duas partes, distribuídos em nove escalas: Parte 1. 1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde; 2. Informações suficientes para cuidar da saúde; 3. Cuidado ativo da saúde; 4. Suporte social para saúde; 5. Avaliação das informações em saúde; Parte 2. 6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde; 7. Navegar no sistema de saúde; 8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde; 9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer¹⁴⁻¹⁵.

O HLQ não fornece pontuação global para o questionário e sim escores para cada uma das nove escalas separadamente. As escalas de 1 a 5 compõem a primeira parte do instrumento e possuem questões pontuadas por escala Likert de (1) discordo totalmente a (4) concordo totalmente, enquanto as escalas 6 a 9 compõem a segunda parte e são pontuadas pela escala Likert de (1) “sempre difícil” a (5) “sempre fácil”. A pontuação indica os pontos fortes e as necessidades de cada pessoa em relação ao seu LS. O cálculo é realizado pela soma de cada item das escalas, dividindo esse total

pelo número de itens da escala. O resultado corresponde à média da pontuação¹⁴⁻¹⁵. O estudo obteve anuência prévia dos autores para uso do instrumento (hl-info@swin.edu.au).

A análise dos dados quantitativos por meio da estatística descritiva, pelas medidas de tendência central e de variabilidade. A simetria das distribuições contínuas foi estudada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Na comparação das variáveis contínuas, entre dois grupos independentes foram utilizados os testes t-Student e Mann Whitney U (distribuições assimétricas). Quando a comparação dos escores envolveu três ou mais grupos independentes, foi empregue a Análise de Variância. A hipótese de homogeneidade de variância foi verificada pelo teste de Levene e, quando rejeitada, usou-se a correção de Brown-Forsythe – *Post Hoc* Scheffé. Quando a comparação dos escores era entre três ou mais grupos, foi empregue o teste de Krukall Wallis – *Post Hoc* Dunn.

Posteriormente, em outubro e novembro de 2023, foi realizada a etapa qualitativa, com agendamento prévio por telefone e posterior entrevista no domicílio. Critérios de inclusão da etapa qualitativa: aqueles que apresentaram fragilidades nas escalas D2, D3 e D5 da HLQ, na primeira etapa, não estar hospitalizado ou institucionalizado no dia da entrevista. Foram elegíveis 18 pessoas. Destas tivemos cinco óbitos, quatro não atenderam ao telefone e três não aceitaram participar. As entrevistas duraram aproximadamente 45 minutos, foram gravadas, e transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato, as pessoas foram identificadas como P1, P2, P3, e assim sucessivamente. A análise indutiva dos dados foi realizada usando a técnica de análise temática de conteúdo, que visa à historicidade do evento estudado, a partir de uma visão crítica de mundo, centrada no coletivo.

A análise de dados nos estudos de MM consiste em analisar os dados numéricos (quantitativos) e os discursos (qualitativos), bem como realizar o agrupamento das duas formas de maneira simultânea. A integração dos resultados de MM deve ocorrer em diferentes fases. Na interpretação e apresentação dos resultados, pode ocorrer em diferentes formas, como narração, transformação de dados e exibição conjunta (*joint display*). Na integração é possível observar e identificar os resultados quantitativos e qualitativos de forma coerente, expandindo sua compreensão¹³.

Foi realizada a fusão dos dois conjuntos de resultados por meio da utilização do *Joint-Display*. Realizou-se a interpretação dos dois conjuntos de dados, identificando convergências, divergências, e as relações entre eles, permitindo melhor compreensão dos objetos do estudo. Por fim, realizou-se interpretação mais ampla dos resultados e foram extraídas as metainferências.

Optou-se por utilizar todos os domínios negativos do HLQ na análise integrada, tendo em vista que se buscou uma compreensão abrangente e holística do fenômeno estudado. Além disso, a integração de dados quantitativos e qualitativos pode fornecer *insights* complementares que ajudam a entender melhor as complexidades do fenômeno em estudo.

Pesquisa aprovada em 28 de fevereiro de 2023 pelo Comitê de Ética em Pesquisa através do Parecer nº 5.915.197.

RESULTADOS

Resultados quantitativos

Participaram 124 pessoas. A idade média dos participantes foi de 68,7 anos (variou de 29 a 97 anos), 67 do sexo feminino (54%), 117 de cor autorreferida branca (94,4%), 74 casados (59,7%), 90 eram aposentados (72,6%) , com renda de até cinco salários mínimos 48 (38,1%). Em relação à escolaridade, 74 (59,7%) não estudaram e/ ou tinham ensino fundamental completo, 114 (91,9%) têm um cuidador, sendo que 90 (72,6%) moram com estes, 61 (49,2%) apresentam DCV há mais de 14 anos, dentre elas, hipertensão arterial 115 (69,3%), arritmias cardíacas 6 (3,6%), e cardiopatias não especificadas 4 (2,4%). Em relação à internação hospitalar no último ano, 54 (42%) pessoas internaram, sendo 36 (28,6%) uma vez, 24 (19%) duas vezes e 12 (9,5%) de três a 10 vezes.

Ao avaliar os escores do LS, identificamos valores médios para potencialidades: o suporte social para saúde (3,5), capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde (3,8) e navegar no sistema de saúde (3,5), e fragilidades nas escalas: informações suficientes para cuidar da saúde (2,8), cuidado ativo em saúde (2,9) e avaliação das informações de saúde (2,4), respectivamente, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna das escalas do HLQ. Ijuí, RS, Brasil, 2023

HLQ	Quartis					
	M	DP	Mediana		Q3	αC
	Q1	Q2	Q3			
Parte 1- Escore de 1- 4						
D1. Compreensão e apoio dos profissionais da saúde	3,3	0,4	3	3,2	3,7	0,722
D2. Informações suficientes para cuidar da saúde	2,8	0,6	2,2	3	3,2	0,804
D3. Cuidado ativo da saúde	2,9	0,5	2,6	3	3,2	0,701
D4. Suporte social para saúde	3,5	0,4	3,2	3,6	4	0,768
D5. Avaliação das informações de saúde	2,4	0,7	2	2,4	3	0,799
Parte 2- Escore de 1- 5						
D6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	3,8	0,9	3,3	4	4,6	0,754
D7. Navegar no sistema de saúde	3,5	1	2,8	3,6	4,2	0,816
D8. Capacidade de encontrar boas informações de saúde	3,1	1	2,4	3	3,8	0,794
D9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,1	0,9	2,5	3,2	3,8	0,755

Legenda: D: Domínio; M: Média; DP: Desvio padrão; Q: Quartil; αC: alfa de Cronbach.
Fonte: Os autores (2023).

Observa-se na Tabela 2 a comparação entre as escalas que obtiveram médias baixas com a caracterização sociodemográfica. A idade dos investigados foi comparada às escalas que nortearam as comparações desta tabela, e foi detectada correlação negativa estatisticamente significativa no domínio “avaliação das informações de saúde (CA)” ($r = -0,232$; $p=0,009$), apontando que elevados escores nessa escala devem estar correlacionados às menores idades observadas na amostra. Foi identificado que o domínio CA foi significativamente mais elevado na faixa etária de 50 a 69 anos ($2,7 \pm 0,6$) em comparação às demais faixas etárias acima de 69 anos ($2,3 \pm 0,7$).

Considerando a comparação da escolaridade em relação aos domínios, identificou-se diferença estatística significativa com o domínio CA, na qual os investigados com níveis de escolaridade de ensino médio ($2,5 \pm 0,6$) e ensino superior ($3,0 \pm 0,5$) apresentaram escores médios significativamente mais elevados quando comparados aos com menores níveis de instrução – não estudou/ensino fundamental ($2,2 \pm 0,6$).

Ao comparar os escores com a variável participar de Programa de medicina preventiva, foi detectada diferença estatística significativa na escala de informações suficientes para cuidar da saúde (HSI), escore superior entre os investigados que faziam parte do programa ($2,2 \pm 0,6$). Quanto às demais escalas, não ocorreram resultados representativos. Na Tabela 2, observa-se a comparação entre as escalas que obtiveram médias baixas com a caracterização sociodemográfica.

Tabela 2. Média e desvio padrão para as escalas HSI, AMH e CA da escala HLQ. Ijuí, RS, Brasil, 2023

(continua)

Características	n	HLQ					
		Informações suficientes para cuidar da saúde (HSI)		Cuidado ativo da saúde (AMH)		Avaliação das informações de saúde (CA)	
		M	DP	M	DP	M	DP
Faixa etária (anos)							
Até 49	6	2,7	0,5	2,8	0,4	2,5 ^{ab}	0,6
De 50 a 69	38	2,7	0,6	3	0,4	2,7 ^a	0,6
(p) ^A			0,761		0,186		0,002
Acima de 69	80	2,8	0,6	2,8	0,5	2,3 ^b	0,7
Idade (anos) - r (p)		0,124 (p = 0,170)		-0,048(p=0,593)		-0,232 (p=0,009)	
Sexo							
Feminino	67	2,8	0,6	2,9	0,4	2,4	0,7
Masculino	57	2,7	0,6	2,8	0,5	2,5	0,6
(p) ^B		0,503		0,322		0,428	
Escolaridade							
Não estudou/ Ensino fundamental	74	2,8	0,6	2,8	0,5	2,2 ^b	0,6
Ensino médio	28	2,8	0,5	2,8	0,4	2,5 ^b	0,6
Ensino Superior	22	2,8	0,6	3	0,5	3,0 ^a	0,5
(p) ^A		0,881		0,552		≤ 0,001	
Sabe ler							
Sim	118	2,8	2,9	0,4	0,9	2,4	0,6
Não	6	3	2,7	0,6	0,7	2	0,9
(p) ^B		0,507		0,36		0,098	

Tabela 2. Média e desvio padrão para as escalas HSI, AMH e CA da escala HLQ. Ijuí, RS, Brasil, 2023

(conclusão)

Características	n	HLQ					
		Informações suficientes para cuidar da saúde (HSI)		Cuidado ativo da saúde (AMH)		Avaliação das informações de saúde (CA)	
		M	DP	M	DP	M	DP
Sabe escrever							
Sim	119	2,8	0,6	2,9	0,4	2,4	0,6
Não	5	2,9	1,1	2,8	0,5	2,1	0,9
(p) ^B		0,674		0,874		0,265	
Tempo de DCV							
Até 1 ano	7	2,5	0,2	2,5	0,5	2,4	0,6
1 a 5 anos	23	2,6	0,6	2,9	0,5	2,4	0,7
5 a 14 anos	33	3	0,6	2,9	0,5	2,4	0,7
Acima de 14 anos	61	2,8	0,6	2,9	0,4	2,4	0,7
(p) ^A		0,085		0,211		0,983	
Medicina Preventiva							
Sim	40	3	0,5	2,9	0,5	2,5	0,6
Não	84	2,7	0,6	2,8	0,4	2,4	0,7
(p) ^B		0,018		0,311		0,169	

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão; A: Teste de Análise de variância (One Way) – Post Hoc Bonferroni. “a” Escore médio significativamente mais elevado, em relação às demais médias do domínio específico; B: Teste t-student para grupos independentes; r: Coeficiente de correlação de Pearson.
Fonte: Os autores (2023).

Resultados qualitativos

Participaram do estudo seis pessoas, com idades variando entre 57 e 88 anos. Houve predomínio do sexo feminino, com quatro (66,7%) mulheres. Todos os participantes se autodeclararam aposentados e de cor branca. Ainda, quatro (66,7%) relataram renda mensal de até cinco salários mínimos. Quanto à escolaridade, quatro (66,7%) participantes tinham o ensino fundamental completo, e duas (33,3%) o ensino superior completo. Em relação ao tempo de diagnóstico clínico, todos os participantes conviviam com DC há mais de 14 anos. Dentre as condições relatadas, destacaram-se: cinco com hipertensão arterial (83,3%), uma com arritmias cardíacas (16,7%) e duas com cardiopatias não especificadas (33,4%).

Ao avaliar os escores do LS, identificou-se como potencialidades: o suporte social para saúde (3,5), a capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde (3,9) e navegar no sistema de saúde (3,6), e as fragilidades nas escalas: informações suficientes para cuidar da saúde (2,8), cuidado ativo em saúde (2,9) e avaliação das informações de saúde (2,5), respectivamente, conforme Tabela 1.

Os participantes, em geral, destacaram como positivo o fato de possuírem uma rede de apoio social para os cuidados no domicílio. No decorrer dos relatos foram identificadas algumas fragilidades em relação ao LS como não ter toda informação

suficiente para cuidar da saúde, ausência de planejamento para se manter saudável e o cuidado ativo com a saúde, e não comparam as informações de saúde de fontes diferentes.

Resultados integrados

A integração dos dados ao nível da interpretação ocorreu por meio da exibição conjunta no Quadro 1, a coluna da esquerda representa os resultados quantitativos do HLO e a coluna da direita representa a percepção das pessoas com DCV sobre a escala. Essa integração permitiu uma análise mais abrangente do *corpus de dados*. Pode-se observar que, ao avaliar os resultados, houve convergências e divergências. As metainferências identificadas estão dispostas no Quadro 2.

Quadro 1. Citações reais dos participantes relacionadas às escalas do HLO. Ijuí, RS, Brasil, 2023

(continua)

Escalas/resultados quantitativos (Média)	Resultados qualitativos
Informações suficientes para cuidar da saúde (2,8)	<p><i>Não, a gente não tem toda informação, sempre está aprendendo mais. Me deram um papel com atividades para mim trazer [...] Mas sou ruim para ler (P1)</i></p> <p><i>Só que não pude seguir aquelas orientações, iria ficar desnutrido. Fora da realidade (P3)</i></p> <p><i>O pessoal da enfermaria explicou na alta os medicamentos, tudo direitinho (P2)</i></p> <p><i>Eu acho que sim que eu estou bastante informado (P7)</i></p> <p><i>Até tenho toda informação (P3, P6)</i></p> <p><i>As informações são muito boas (P2)</i></p>
Cuidado ativo da saúde (2,9)	<p><i>Quem organiza os remédios é minha esposa (P1)</i></p> <p><i>Para tomar meus remédios, tenho minha secretária. A gente está se cuidando (...) Eu tô tomando os remédios como é para ser, fazendo os exames como é para fazer, faço os exames que o doutor [médico] pede (P2)</i></p> <p><i>Informações sobre medicações, isso deixo para minha esposa, sou muito folgado. Ela vai nas consultas comigo, e me dá o remédio todo dia para mim tomar, põe em cima da mesa (P3)</i></p> <p><i>Cuido da alimentação, pois tenho problemas de diabetes e pressão alta né (P6)</i></p> <p><i>Vou na ginástica, faço musculação, bicicleta e exercícios nos braços. E cuido bastante da alimentação (P5)</i></p> <p><i>Pois é, eu tô cuidando da saúde, tentando. Consultei com a nutricionista e melhorou bastante. Eu faço caminhada, e vou no baile dançar (P1)</i></p> <p><i>Informações sobre medicações, isso deixo para minha esposa, sou muito folgado. Ela vai nas consultas comigo, e me dá o remédio todo dia para mim tomar, põe em cima da mesa (P3)</i></p> <p><i>Sempre o mesmo horário para tomar o remédio... Atividade física, eu caminho, quando posso caminhar (P4)</i></p> <p><i>Vou na ginástica, faço musculação, bicicleta e exercícios nos braços. E cuido bastante da alimentação (P5)</i></p> <p><i>Cuido da alimentação, pois tenho problemas de diabetes e pressão alta né (P6)</i></p> <p><i>Eu digo assim, eu até cuido bastante da alimentação. Eu como muita fruta e muita verdura (P7)</i></p>

Quadro 1. Citações reais dos participantes relacionadas às escalas do HLO. Ijuí, RS, Brasil, 2023

(conclusão)

Escalas/resultados quantitativos (Média)	Resultados qualitativos
Avaliação das informações de saúde (2,4)	<p><i>Eu sou semianalfabeto, não busco muita informação também (P1)</i></p> <p><i>Eu praticamente não tenho estudo. Converso bastante com ele [médico], questiono, porque ele me dá muita atenção (P3)</i></p> <p><i>Eu pergunto, nunca saio com dúvidas (P5)</i></p> <p><i>Eu não saio com dúvidas do consultório, eu sempre pergunto. Doutor, como é que...explica de novo (P4)</i></p> <p><i>Não, eu não dou bola para conferir informação... E as redes sociais... eles botam o que querem lá, e eu tenho minha linha de tratamento que está funcionando (P4)</i></p> <p><i>Perguntar né, investigar, falar com as gurias do posto de saúde, as agentes de saúde, que passam nas casas. Muitas vezes eu pego um exame e não sei o que é, elas estão passando, eu já vou ali e pergunto para elas (P6)</i></p> <p><i>Às vezes eu olho uns exames, uns nomes, umas coisas, já vou lá no google, dá uma olhada (P6)</i></p>

Fonte: Os autores (2023).

Quadro 2. Metainferências identificadas a partir da integração dos resultados. Ijuí, RS, Brasil, 2023

a. A análise do estudo demonstrou fragilidade de LS em algumas escalas do HLO, como em ter informações suficientes para cuidar da saúde, cuidado ativo em saúde e avaliação das informações de saúde, estes apresentaram na etapa qualitativa convergência e divergência das informações, o que explica em parte os resultados.
b. A escala "ter informação suficiente para cuidar da saúde" apresentou fragilidade de LS, porém, conforme os relatos da etapa qualitativa, apresentou divergências nos relatos, que podem estar associadas ao fato de alguns participantes fazerem parte do programa de medicina preventiva, os quais apresentaram médias melhores na análise da HLO.
c. A escala "cuidado ativo em saúde" apresentou fragilidade de LS, tendo em vista que alguns participantes designam seus cuidados ao familiar, não costumam fazer planos para se manter saudável e estabelecer objetivos de saúde e boa forma.
d. A "avaliação das informações de saúde" apresentou fragilidade de LS; na análise de correlação quantitativa demonstrou que pessoas de idades mais avançadas avaliaram negativamente este domínio, ou seja, não costumam buscar e comparar informações em outras fontes e/ou não estudaram/ensino fundamental apresentando médias mais baixas, o que confirmou com o relato dos participantes do estudo.
e. Os participantes apresentaram potencialidades de LS para as escalas suporte social e capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde. Estes domínios demonstram que as pessoas têm uma boa relação com os profissionais de saúde, questionam os mesmos diante das orientações recebidas, até sentirem-se empoderados, reafirmando as divergências com o objetivo do estudo de tratar das fragilidades.

Fonte: Os autores (2023).

DISCUSSÃO

Destaca-se a contribuição deste estudo às equipes multidisciplinares, que desempenham papel fundamental nos cuidados de saúde pautados na segurança das informações transmitidas e na compreensão tanto do ambiente hospitalar, como da atenção primária à saúde. Também, constitui-se em subsídio aos gestores e profissionais de saúde e para instituições de ensino para as práticas de gestão em saúde.

Permitiu-se investigar melhor as fragilidades do LS de pessoas com DCV e ampliou-se a compreensão dos resultados a partir da abordagem de MM. Na fase quantitativa, o LS demonstrou fragilidades nos domínios D2, D3 e D5 do *HLQ*, pressupondo baixo LS nas escalas ter informações de saúde, cuidado ativo da saúde e avaliar as informações de saúde. O estudo avaliou o LS de 384 pessoas que estiveram na emergência de um hospital público em Victoria, Austrália, e apresentou resultados semelhantes nas escalas D2 ($2,9 \pm 0,5$), D3 ($2,9 \pm 0,5$) e D5 ($2,8 \pm 0,5$)¹⁶.

Quanto às “informações suficientes para cuidar da saúde”, os participantes apresentaram fragilidades na avaliação da *HLQ*, evidenciando que há lacunas em seu conhecimento e que não possuem as informações necessárias para conviver e gerenciar seus problemas de saúde. Esses resultados têm implicações importantes e reafirmam a necessidade de avanços, no cuidado às pessoas com DCV, baseado na comunicação assertiva entre pacientes e profissionais de forma singular¹⁷.

Percebe-se que o acesso a informações não é o principal problema, mas, sim, a qualidade, visto que as pessoas precisam entender as orientações de forma clara para seu autogerenciamento. Para tanto, a disponibilização de materiais educativos sobre a doença e tratamento em linguagem acessível e de fonte segura são recursos que podem ser adotados¹⁸.

Nesse sentido, se reforça a melhoria do LS por meio da implementação de estratégias, da disponibilização de informação, da comunicação adequada e da educação estruturada¹⁹. Uma das estratégias é a comunicação assertiva, que pode ser empregue por meio da técnica de *teach back* (confirmar a informação transmitida), que favorece a compreensão das informações¹⁸. Essas estratégias oferecem suporte para que as pessoas aumentem o conhecimento, a capacidade para a tomada de decisão compartilhada, o engajamento e o seu autogerenciamento²⁰.

As pessoas devem receber informações de forma clara e compreensível para que consigam avaliar, decidir e utilizar os cuidados e serviços de saúde conforme suas necessidades, facilitando seu LS²¹. Este estudo apresentou divergências nos relatos dos participantes entre a etapa quantitativa e qualitativa, pois alguns relataram ter as informações que precisam e consideraram que o plano de medicamentos para uso no domicílio foi explicado de forma clara na alta hospitalar.

Para tanto, a forma como os pacientes compreendem e gerenciam a doença não é apenas influenciada pelo seu próprio nível de LS, mas também pelas competências comunicativas dos profissionais da saúde. Um estudo desenvolvido na Alemanha demonstrou que os pacientes não recebiam informações claras, sentiam-se não ter informações suficientes para cuidar da saúde, bem como o tempo para questionamentos era limitado devido à demanda dos profissionais, causando constrangimento para perguntas²². Evidencia-se que ter relação estabelecida com pelo menos um profissional de saúde contribui para a segurança de questioná-los quando o paciente não compreende a informação recebida¹.

Quanto às informações em saúde, os programas baseados nos princípios de LS⁵ e que trabalhem com os pacientes de forma singular e foco na prevenção da doença, contribuem para boa relação do paciente-profissional de saúde, promovendo a conexão e confiança nas informações que recebem em relação à sua saúde¹⁴. Este contexto torna os indivíduos proativos e confiantes de que possuem conhecimento sobre a sua doença²³, incentiva a tomada de decisão assertiva ao navegar no sistema de saúde e o seu LS favorecido, com melhores resultados de saúde²⁴.

O domínio “cuidado ativo da saúde” também apresentou fragilidades para o LS. Sendo relacionado com a responsabilidade com sua saúde e com o envolvimento proativo de modo a tomar suas próprias decisões, observamos que alguns participantes designam seus cuidados ao familiar e não costumam fazer planos para se manter saudável e estabelecer objetivos de saúde e boa forma¹⁴.

Um estudo que avaliou o LS de 122 pessoas com doenças cardiovasculares, identificou que os fatores que influenciaram o LS foram idade, escolaridade e diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo resultados semelhantes neste estudo. Enquanto indivíduos com alguma ocupação profissional e com maior escolaridade apresentaram maiores níveis de LS²⁵. No que diz respeito à escolaridade, os achados do presente estudo são consistentes com a literatura em que se observa que indivíduos com menor escolaridade apresentam menores escores de LS, pior habilidade de leitura, menor autonomia para buscar informações de saúde em diferentes fontes e dificuldade em compreender e julgar o que é mais adequado para o seu bem-estar²⁶. Além disso, é possível que indivíduos com alto nível de escolaridade sintam-se mais seguros e tenham mais clareza ao comunicar suas necessidades aos profissionais de saúde²⁶⁻²⁷.

De acordo com os relatos dos participantes do estudo, podemos inferir que estes delegam seus cuidados para os familiares, demonstrando receber todo suporte social que necessitam para seus cuidados em saúde, o que pode favorecer a dependência deles aos profissionais de saúde e familiares.

Um estudo demonstrou que os participantes tinham dificuldades em interações mais complexas com o sistema de saúde, dificuldades em utilizar as informações que recebiam e em julgar quando precisavam de uma segunda opinião de outro profissional. Além disso, observaram que não recebiam informações suficientes sobre os seus problemas de saúde, e consideraram as informações muito superficiais, sentindo que muitas vezes não conseguiam fazer todas as perguntas que queriam fazer¹⁰.

Quanto à escala de avaliação das informações de saúde, nesta investigação houve fragilidade de LS. Na análise quantitativa demonstrou-se que pessoas mais velhas não costumam buscar e comparar informações em outras fontes e apresentaram baixa escolaridade, o que confirmou com o relato de alguns participantes da etapa qualitativa do estudo. Outro detalhe foi a busca de informações sobre saúde na *internet* como estratégia positiva e, às vezes, negativa, porém não houve relato de fontes seguras.

Quanto ao uso da *internet* como fonte de informação, corrobora com o estudo em que os participantes concordaram que o LS é crucial para identificação de fontes de informação segura. A maioria dos pacientes, especificamente, teve dificuldades em avaliar a confiabilidade das informações encontradas na *internet* e apontou que aprender sobre fontes confiáveis seria um passo importante para a reabilitação e para uma vida saudável. Ainda na contemporaneidade, precisamos considerar o uso de inteligência artificial como uma oportunidade de acesso as informações²⁸.

Este é o primeiro estudo brasileiro a utilizar um desenho de pesquisa de MM no contexto das DCV. Esta abordagem foi adequada para atingir o objetivo de investigação em analisar a percepção das pessoas quanto às fragilidades do LS. Usar um projeto de MM significou que é possível reunir dados de diversas fontes, permitindo a descoberta de padrões e temas latentes, possibilitando o uso de novas técnicas de análise.

Ademais, considera-se importante reconhecer as limitações deste estudo como o instrumento utilizado apenas em uma instituição privada; a população elegível para a etapa qualitativa das entrevistas foi considerada pequena para responder às questões do estudo; e não foram avaliadas as potencialidades como forma de facilitar a compreensão das fragilidades apresentadas de LS nesta população, bem como o fato de que o LS está em construção no Brasil, dificultando o diálogo com outros estudos similares, ainda escassos.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que as fragilidades de LS das pessoas com DCV foram respectivamente nas escalas: avaliação das informações de saúde, informações suficientes para cuidar da saúde, e capacidade de encontrar boas informações de saúde. As variáveis idade, escolaridade, saber ler e escrever, tempo de doença crônica e fazer parte do programa medicina preventiva influenciaram na média das escalas LS.

Na análise integrada, observou-se que idade avançada e baixa escolaridade se associaram a fragilidades nos domínios do HLQ e que convergiram com os dados qualitativos. Participantes relataram dificuldades para compreender informações em saúde, delegando cuidados a familiares. Avaliaram negativamente a busca por informações, usando a *internet* sem identificar fontes confiáveis. O estudo revelou divergências dos dados quantitativos e qualitativos: participantes relataram cuidar da alimentação, praticar exercícios e questionar profissionais de saúde. Ainda assim, muitos delegam cuidados a familiares, não planejam manter a saúde nem definem metas.

Os achados evidenciam a necessidade de estratégias comunicacionais acessíveis e de ações que promovam a autonomia no cuidado em saúde, com atuação integrada das equipes multiprofissionais. Recomenda-se ampliar as pesquisas, explorando intervenções em letramento em saúde para pessoas com DCV e o uso de métodos mistos com grupos focais e participação de profissionais. No ensino, destaca-se a importância da formação sensível ao LS e da articulação entre ensino, serviço e comunidade.

AGRADECIMENTOS

Pesquisa de dissertação apoiada com a Chamada Bolsa Produtividade PQ – do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) 04/2021 - Processo nº 306855/2021-6, Programa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), PROAP (Apoio a Pós-Graduação), Processo nº88881.993188/2024-01.

REFERÊNCIAS

1. Tilahun D, Abera A, Nemera G. Communicative health literacy in patients with non-communicable diseases in Ethiopia: a cross-sectional study. *Trop Med Health*. 2021 [cited 2023 Dec 12];49:57. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41182-021-00345-9>
2. de Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Estatística Cardiovascular - Brasil 2023. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2022 [cited 2025 May 3];121(2):e20240079. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20240079>
3. Précoma DB, de Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [cited 2025 May 3];113(4):787-891. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2023 Dec 6]. 118 p. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view
5. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021. 44 p. [cited 2023 Nov 3]. 34 p. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240038349>
6. Ribeiro CGT, Martins BS, Cyrino CMS, Budri AMV, Oliveria HC, Alvez DFS. Letramento em saúde e prevenção de doenças cardiovasculares em adultos e idosos: overview de revisões sistemáticas. In: *Anais do III Simpósio Internacional do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNICAMP* [Internet]; 2025 Abr; Campinas, SP. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2025 [cited 2023 Nov 3]. [n. art. e023053]. Available from: <https://doi.org/10.20396/sippgenf.3.e023053>
7. Panelli BL, Barros MBS, Oliveira do Ó DMS, Monteiro EMLM. "Promotores da saúde" em um assentamento rural: letramento em saúde como intervenção comunitária. *Textos & Contextos* (Porto Alegre) [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 3];19(1):e29470. Available from: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.1.29470>
8. Hirooka N, Kusano T, Kinoshita S, Aoyagi R. association of health literacy with the prevalence of cardiovascular diseases and their risk factors among older Japanese health management specialists. *Gerontol Geriatr Med* [Internet]. 2023 Jul 21 [cited 2024 Feb 1];9. Available from: <https://doi.org/10.1177/23337214231189059>
9. Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, et al. Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 1];24(3):1121-32. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>
10. Diederichs C, Jordan S, Domanska O, Neuhauser H. Health literacy in men and women with cardiovascular diseases and its association with the use of health care services - Results from the population-based GEDA2014/2015-EHIS survey in Germany. *PLoS ONE* [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 1];13(12):e0208303. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208303>
11. Rolova G, Gavurova B, Petruzalka B. Exploring health literacy in individuals with alcohol addiction: a mixed methods clinical study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 1];17(18):6728. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186728>
12. Budhwani H, Gakumo CA, Yigit I, Rice WS, Fletcher FE, Whitfield S, et al. Patient health literacy and communication with providers among women living with HIV: a mixed methods study. *AIDS Behav* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 1];26:1422-30. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03496-2>
13. Creswell JW, Clarck VLP. *Pesquisa de Métodos Mistos*. 2. ed. Porto Alegre: Penso; 2013. 288 p.

14. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health [Internet]. 2013 [cited 2024 Feb 1];13:658. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
15. Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL, Sampaio HA, Sousa AL, Canhestro MR, et al. Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) to brazilian portuguese. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 1];34:eAPE02171. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171>
16. Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A, Buchbinder R. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Health Serv Res [Internet]. 2017 [cited 2024 Feb 1];17:52. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1973-6>
17. Wahl AK, Osborne RH, Larsen MH, Andersen MH, Holter IA, Borge CR. Exploring health literacy needs in Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Associations between demographic, clinical variables, psychological well-being and health literacy. Heart Lung [Internet]. 2021 May-Jun [cited 2024 Feb 1];50(3):417-24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.007>
18. Vilela SR, Leão-Cordeiro JAB, Moraes KL, Suzuki K, Brasil VV, Silva AMTC. Cardiopulmonary resuscitation for lay people: evaluation of videos from the perspective of digital health literacy. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 1];30:e3542. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5623.3542>
19. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. Health Promot Int [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 1];33(5):901-11. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>
20. Paes RG, Mantovani MF, Costa MC, Pereira ACL, Kalinke LP, Moreira RC. Effects of educational intervention on health literacy and knowledge about diabetes: a quasi-experimental study. Esc Anna Nery [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 27];26:e20210313. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0313en>
21. Baysari MT, Duong M, Zheng WY, Nguyen A, Lo S, Ng B, et al. Delivering the right information to the right person at the right time to facilitate deprescribing in hospital: a mixed methods multisite study to inform decision support design in Australia. BMJ Open [Internet]. 2019 Sep 27 [cited 2024 Feb 1];9(9):e030950. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31562155/>
22. Isselhard A, Lorenz L, Mayer-Berger W, Redaelli M, Stock S. How can cardiac rehabilitation promote health literacy? Results from a qualitative study in cardiac inpatients. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 1];19(3):1300. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031300>
23. Rheault H, Coyer F, Jones L, Bonner A. Health literacy in Indigenous people with chronic disease living in remote Australia. BMC Health Serv Res [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 01];14:19:523. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4335-3>
24. da Costa AC, da Conceição AP, Butcher HK, Butcher RCGS. Factors that influence health literacy in patients with coronary artery disease. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 1];31:e3879. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6211.3879>
25. Cabellos-García AC, Castro-Sánchez E, Martínez-Sabater A, Díaz-Herrera MÁ, Ocaña-Ortiz A, Juárez-Vela R, et al. Relationship between determinants of health, equity, and dimensions of health literacy in patients with cardiovascular disease. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 1];17(6):2082. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17062082>
26. Stormacq C, Bachmann AO, Van den Broucke S, Bodenmann P. How socioeconomically disadvantaged people access, understand, appraise, and apply health information: a qualitative study exploring health literacy skills. PLoS One [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 1];18(8):e0288381. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288381>
27. Rodrigues FO, Gheno EER, Castro LY, Nogaro A, da Rosa ACM, Kolankiewicz ACB. Sociodemographic and clinical characteristics associated with health literacy in people hospitalized for chronic diseases. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2025 cited 2025 Jun 15];33:e4494. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7395.4494>

28. Bernardes RA. Use of technologies in healthcare: Advances and challenges. Re Contexto & Saúde [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 15];25(50):e17007. Available from: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2025.50.17007>

Health literacy from the perspective of people with cardiovascular diseases: a study of mixed methods*

ABSTRACT

Objective: Analyze health literacy from the perspective of people with cardiovascular diseases. **Method:** Mixed methods study, sequential explanatory, with 124 people in the quantitative stage and six in the qualitative stage. Data collection through the Health Literacy Questionnaire with interviews between April and November 2023 in Ijuí, Rio Grande do Sul, Brazil. Data were analyzed descriptively, inferentially, with content analysis and integration. **Results:** Participants rarely compare health information from different sources, face inequities in guidance, and delegate care to family members. The preventive medicine program can facilitate health literacy by emphasizing "social support" and "active interaction with health professionals" as strategies for overcoming vulnerabilities. **Conclusions:** People with cardiovascular diseases have weaknesses in health literacy, influenced by age and education, compromising their autonomy in care. The integration of data revealed consistency and discrepancies between perception and practice, pointing to the need for specific interventions.

KEYWORDS: Health Literacy; Cardiovascular Diseases; Access to Information; Patient Education as Topic; Hospitalization.

Alfabetización en salud desde la perspectiva de personas con enfermedades cardiovasculares: estudio de métodos mixtos*

RESUMEN

Objetivo: Analizar la alfabetización en salud desde la perspectiva de las personas con enfermedades cardiovasculares. **Método:** Estudio de métodos mixtos, secuencial explicativo, con 124 personas en la etapa cuantitativa y seis en la cualitativa. Recopilación de datos mediante el Cuestionario de Alfabetización en Salud con entrevistas realizadas entre abril y noviembre de 2023 en Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos se analizaron de forma descriptiva, inferencial, con análisis de contenido e integración. **Resultados:** Los participantes rara vez comparan información sanitaria procedente de diferentes fuentes, se enfrentan a la falta de equidad en las orientaciones y delegan los cuidados a sus familiares. El programa de medicina preventiva puede facilitar la alfabetización en salud, destacando el «apoyo social» y la «interacción activa con los profesionales de la salud» como estrategias para superar las vulnerabilidades. **Conclusiones:** Las personas con enfermedades cardiovasculares presentan deficiencias en materia de alfabetización sanitaria, influidas por la edad y el nivel educativo, lo que compromete su autonomía en el cuidado de sí mismas. La integración de los datos reveló coherencias y divergencias entre la percepción y la práctica, lo que apunta a la necesidad de intervenciones específicas.

DESCRIPTORES: Alfabetización en Salud; Enfermedades Cardiovasculares; Acceso a la Información; Educación del Paciente como Asunto; Hospitalización.

*Artigo extraído da dissertação do mestrado: "Letramento em Saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis: estudo de métodos mistos", Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2024.

Recebido em: 26/12/2024

Aprovado em: 20/05/2025

Editor associado: Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

Autor Correspondente:

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Rua do Comércio, 3000, Distrito Universitário, Ijuí, RS, Brasil. CEP: 98700-000

E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo -

Rodrigues FO, Romero MP, Colet CF, Sangoi KCM, Kunkel GK, Thum C, Kolankiewicz ACB. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Rodrigues FO, Romero MP, Colet CF, Sangoi KCM, Kunkel GK, Thum C, Kolankiewicz ACB.**

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Rodrigues FO, Romero MP, Colet CF, Sangoi KCM, Kunkel GK, Thum C, Kolankiewicz ACB.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).