

## Características sociodemográficas e clínicas associadas ao letramento em saúde de pessoas hospitalizadas por doenças crônicas\*

Francini de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-7618-4203>

Eliana Elisa Rehfeld Gheno<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4111-0612>

Letícia Y Castro<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0009-0004-9649-788X>

Arnaldo Nogaro<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0517-0511>

Amanda Caroline Mélo da Rosa<sup>1,3</sup>

 <https://orcid.org/0009-0000-8878-2518>

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

**Destaques:** **(1)** Primeiro estudo brasileiro que avaliou o letramento em saúde de pessoas com DCNT. **(2)** Potencialidades: capacidade de interação, navegar no sistema e suporte social. **(3)** Fragilidades: avaliação das informações de saúde e capacidade de encontrá-las. **(4)** Idade, escolaridade, saber ler e escrever interferem no letramento em saúde.

**Objetivo:** identificar a associação do letramento em saúde com as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes hospitalizados com doenças crônicas. **Método:** estudo transversal, realizado com pacientes com doenças crônicas, internadas em um hospital geral. Utilizaram-se um questionário sociodemográfico/clínico e o *Health Literacy Questionnaire*, composto por nove escalas, mensuradas por escores, com a análise dos dados descritiva e inferencial. **Resultados:** o Suporte Social Para a Saúde foi associado ao nível de escolaridade fundamental ( $p=0,009$ ). Compreensão e Apoio dos Profissionais de Saúde foram relacionados ao tempo de doença crônica ( $p=0,044$ ). A Avaliação das Informações de Saúde mostrou-se associada à faixa etária ( $p=0,001$ ), saber ler ( $p=0,010$ ) e escrever ( $p=0,032$ ). Navegar no Sistema de Saúde também esteve relacionado à faixa etária ( $p=0,018$ ), assim como a Capacidade de Encontrar Boas Informações de Saúde ( $p=0,002$ ), e saber ler ( $p=0,010$ ), e Compreender as Informações de Saúde bem o Suficiente para Saber o que Fazer esteve associada à faixa etária ( $p=0,001$ ) e saber escrever ( $p=0,010$ ). **Conclusão:** escolaridade, faixa etária, tempo de doença crônica, saber ler e escrever, interferem no letramento em saúde. Isso destaca a necessidade de estratégias personalizadas que levem em consideração essas variáveis para melhorar o letramento em saúde em populações com doenças crônicas hospitalizadas.

**Descritores:** Letramento em Saúde; Doenças Não Transmissíveis; Hospitalização; Doenças Crônicas; Acesso à Informação; Gestão em Saúde.

\* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Letramento em saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis: estudo de métodos mistos", apresentada à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil e apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 306855/2021-6, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade do Alto Uruguai e das Missões, Campus Erechim, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

### Como citar este artigo

Rodrigues FO, Gheno EER, Castro L, Nogaro A, Rosa ACM, Kolankiewicz ACB. Sociodemographic and clinical characteristics associated with health literacy in people hospitalized for chronic diseases. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2025;33:e4494 [cited \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia]. Available from: \_\_\_\_ URL \_\_\_\_ <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7395.4494>

## Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) constituem um problema mundial de saúde pública. São consideradas a principal causa de incapacidade e mortalidade prematura no mundo, e respondem pela morte de 40,8 milhões de pessoas, o equivalente a 74% de todas as mortes<sup>(1)</sup>.

O acometimento pelas DCNTs implica no acesso aos bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego, renda e a possibilidade de fazer escolhas favoráveis à saúde<sup>(2)</sup>. Nesse contexto, o Letramento em Saúde (LS) contribui e pode modificar os fatores negativos à saúde e ajudar a compreender os pontos fortes e frágeis das pessoas e das comunidades. Representa o conhecimento e as competências pessoais que se acumulam por meio de atividades cotidianas, interações sociais e gerações. Mediados por estruturas organizacionais e a disponibilidade de recursos que permitem que as pessoas acessem, compreendam, avaliem e usem as informações e os serviços, de maneira que promovam e que mantenham a boa saúde e o bem-estar<sup>(3)</sup>.

O LS é considerado como o melhor indicador de saúde em relação a muitos determinantes sociais<sup>(4)</sup>. O LS insuficiente resulta no uso inadequado dos serviços e gera resultados negativos para a saúde. Além disso, associa-se às altas taxas de hospitalização, ao aumento da prevalência de doenças, ao menor uso de métodos preventivos e à baixa adesão aos tratamentos. Em contrapartida, quando adequado, melhora o autogerenciamento do cuidado, da Qualidade de Vida (QV) e, consequentemente, reduz as reinternações hospitalares, e a sobrecarga e os custos<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, os pacientes com agravamento de sua saúde por DCNTs frequentemente requerem a internação hospitalar, devido à sua complexidade clínica. E os profissionais de saúde que os assistem, em especial a Enfermagem, precisam contribuir no preparo para a alta de modo seguro e de forma que dê continuidade ao cuidado. Para tanto, faz-se necessária a construção de habilidades, considerando o nível de LS, no intuito de facilitar o manejo, o empoderamento, o entendimento do seu autocuidado, e evitar, consequentemente, os eventos adversos e as reinternações<sup>(6)</sup>.

Alguns estudos têm-se limitado a fazer a avaliação das habilidades cognitivas de leitura e numeramento, sem considerar os demais aspectos do LS, que permitem que os indivíduos e a sociedade sejam responsáveis por suas condições de saúde<sup>(7)</sup>. Uma pesquisa com pessoas acometidas com DCNTs, na Etiópia, identificou que os níveis de LS variam de acordo com as características sociodemográficas e clínicas. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem avaliar o nível de LS

e adaptar as informações e o apoio às competências de LS conforme o contexto dos pacientes, o que favorece a gestão da sua condição crônica durante a vida<sup>(8)</sup>.

No contexto internacional, outros estudos têm identificado a relação do LS com a caracterização sociodemográfica<sup>(9)</sup>, porém não com as condições clínicas. No Brasil, foram realizados estudos de avaliação multidimensional do LS em diferentes populações, como os profissionais de saúde, usuários em geral, cuidadores domiciliares e pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)<sup>(10-12)</sup>. No Brasil, o LS é pouco explorado no contexto das práticas e da gestão em saúde, inexistindo uma padronização de estratégias e planos eficazes para melhor LS e sua efetividade. Sobretudo, que possam ser aplicados durante o período de internação, pois poucas são as instituições que executam as ações com enfoque nestes, para que possam contribuir para a redução de reinternações hospitalares.

Assim, por meio da identificação das associações do LS com as variáveis sociodemográficas e clínicas, os profissionais de Enfermagem e as instituições de saúde poderão reconhecer as fragilidades do LS e desenvolver as estratégias eficazes para as pessoas com doenças crônicas, a fim de reduzir as reinternações. Reconhece-se a escassez de estudos nacionais e internacionais que relacionem o LS com a caracterização sociodemográfica e clínica, na perspectiva de pessoas que vivem com DCNTs. Diante desse contexto, e da lacuna do conhecimento identificado, é que se justifica a realização deste estudo.

Assim, este estudo objetiva identificar a associação do LS com as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes hospitalizados com doenças crônicas.

## Método

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal baseado nas diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Salienta-se que o LS no contexto hospitalar será analisado na perspectiva de pacientes com doenças crônicas, a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas.

### Contexto e coleta de dados

O estudo foi realizado em um hospital geral com 76 leitos de unidades de internação clínica, na cidade de Ijuí, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. As unidades são compostas por 18 leitos privativos e 58 leitos não privativos duplos. A instituição oferece um programa de "Medicina Preventiva em Atenção Integral à Saúde",

que acompanha os pacientes por meio de atividades de atenção integral e preparo para a alta hospitalar.

### Período

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e outubro de 2023.

### Participantes

Participaram da pesquisa 166 pessoas hospitalizadas com DCNTs.

### CrITÉRIOS de seleção

CrITÉRIOS de inclusão: os pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico de DCNTs registrado em prontuário de saúde, internados por pelo menos 24 horas. Foram excluídos parturientes, pacientes cirúrgicos, institucionalizados após a alta, e pessoas com atividade cognitiva não preservada, que foi avaliada pela primeira autora, enfermeira, via registros no prontuário de saúde e presencialmente à beira do leito, a partir da avaliação do nível de consciência do paciente, bem como do conteúdo.

### Definição da amostra

A população do estudo foi constituída pelos pacientes internados com DCNTs na instituição, no período de abril a agosto de 2023, o que alcançou um tamanho populacional, de aproximadamente 370 pacientes, o que caracteriza uma população finita. Como estimativa para a base de cálculo sobre o tamanho amostral, considerou-se o principal fator de estudo, a escala *Health Literacy Questionnaire* (HLQ). Para o total da escala foi assumido escore médio de 3,0 ( $\pm 1,0$ ), que define o ponto médio.

Com base nessa estimativa e ao assumir o nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ), uma margem de erro de 7,5% sobre a média a ser estimada, que equivale a uma variação de 0,2 unidades, o tamanho mínimo de amostra foi definido em 159 pacientes. Ao aplicar o fator de correção para as populações finitas, o tamanho mínimo necessário, para este estudo foi estimado em 112 investigados. Dessa forma, como alcançaram 166 investigados, foi satisfeito um tamanho amostral que validasse a representatividade amostral.

Diariamente os prontuários eletrônicos eram analisados, para a identificação do perfil clínico do paciente e o tempo de internação, e foram convidados durante o período de coleta de dados. Dos prontuários analisados, 192 pacientes foram convidados a participarem da pesquisa e, destes, 26 recusaram.

Assim, a amostra foi constituída por 166 pacientes internados com DCNTs.

### Variáveis do estudo

Foram consideradas as variáveis sociodemográficas idade, sexo, renda, escolaridade, raça, estado civil, fazer parte do programa da Medicina Preventiva, saber ler e escrever. E as variáveis clínicas como: condições de saúde, tempo de diagnóstico, ter uma ou mais doenças crônicas. Para o LS utilizaram-se as escalas do questionário HLQ.

### Instrumentos utilizados para a coleta das informações

No prontuário de saúde foram obtidas as informações a respeito das variáveis clínicas dos pacientes. Para as variáveis sociodemográficas e LS utilizaram-se um questionário sociodemográfico e o HLQ, respectivamente, à beira do leito. O HLQ é um instrumento multidimensional para mensurar o LS<sup>(7)</sup>, validado para uso no Brasil<sup>(10)</sup>.

O HLQ engloba 44 itens e é subdividido em duas partes. Na parte 1, tem-se as escalas: 1. Compreensão e Apoio dos Profissionais de Saúde (HPS); 2. Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde (HSI); 3. Cuidado Ativo da Saúde (AMH); 4. Suporte Social Para a Saúde (SS); 5. Avaliação das Informações de Saúde (CA). Nestas escalas o escore para o cálculo da média é de um a quatro, com respostas variando entre "discordo totalmente" e "concordo totalmente"<sup>(7,10)</sup>.

Na parte 2, tem-se as escalas: 6. Capacidade de Interagir Ativamente com os Profissionais de Saúde (AE); 7. Navegar no Sistema de Saúde (NHS); 8. Capacidade de Encontrar Boas Informações de Saúde (FHI); 9. Compreender as Informações de Saúde bem o Suficiente para Saber o que Fazer (UHI). Estas escalas são avaliadas com escore que pode variar de um a cinco, e as respostas vão de "sempre difícil" a "sempre fácil"<sup>(7,10)</sup>. O HLQ não fornece pontuação global e, sim, escores para cada uma das escalas separadamente. A pontuação indica pontos fortes e as necessidades de cada pessoa em relação ao seu LS<sup>(7,10)</sup>. O cálculo é realizado pela soma de cada item das escalas, e esse valor é dividido pelo número de itens da escala, sendo o valor apresentado como a média da pontuação. O estudo obteve anuência prévia dos autores para uso do instrumento em atendimento aos direitos autorais para sua utilização (hl-info@swin.edu.au).

### Coleta de dados

Os instrumentos foram aplicados à beira do leito, face a face, com o auxílio do telefone celular ou *tablet*. A cada dois dias, era acessado o prontuário eletrônico

do paciente para verificar as novas internações. Na sequência, o entrevistador se dirigia até o leito do paciente e o convidava para participar do estudo e, caso houvesse alguma impossibilidade, o auxiliar se retirava do quarto e retornava posteriormente. As pessoas responderam o questionário na ausência de cuidador ou familiar, garantindo a privacidade e os aspectos éticos. Participaram da coleta de dados quatro auxiliares de pesquisa, estudantes de Enfermagem e Medicina, previamente capacitados pela coordenadora do projeto, ou seja, a última autora, por meio da leitura e do acompanhamento na coleta de dados inicial, bem como o seguimento, até encerrá-la. As entrevistas tiveram tempo aproximado de 30 minutos.

### Tratamento e análise dos dados

Os resultados foram apresentados 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. Para verificar a confiabilidade do instrumento calculou-se o alfa de Cronbach. Na comparação das variáveis contínuas entre os dois grupos independentes, foi utilizado o teste t-Student. Quando a comparação dos escores envolveu três ou mais grupos independentes, empregou-se a Análise de Variância (*One Way*) – *post hoc* Bonferroni. A relação de linearidade que envolveu as idades, os escores das escalas foi analisado por meio do coeficiente de correlação de Pearson. O tratamento estatístico foi realizado com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para *Windows*, e para os critérios de decisão estatística foi adotado o nível de significância de 5%.

### Aspectos éticos

O estudo respeitou os aspectos éticos conforme a Resolução nº 466/2012. A pesquisa foi aprovada em 28 de fevereiro de 2023 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com nº 66693823.7.0000.5350 e o Parecer nº 5.915.197.

### Resultados

Dos (100%) pacientes com DCNTs, as doenças crônicas mais prevalentes foram 153 (92,2%) cardiovasculares, 40 (24,1%), metabólicas, 41 (24,7%), neurológicas e 38 (22,9%), neoplasias. Houve predomínio de pacientes do sexo feminino (87; 52,4%), com média de idade de 69,3 ±14,3 anos, de cor branca (159; 95,8%), com renda de até cinco salários-mínimos (121; 73%). A maioria (158; 95,8%) referiu saber ler e escrever.

Em relação à escolaridade, (92;55,4%) pacientes não estudaram ou tinham Ensino Fundamental, (40; 24,1%), cursaram Ensino Médio e (34; 20,5%), o Ensino Superior completo. Quanto a sua participação no programa de Medicina Preventiva, a maioria referiu que não participava (117; 70,5%). Em relação ao tempo de doença crônica, a maioria referiu que tinha a doença há mais de 14 anos (70; 42,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Variáveis	Total da amostra ( n=166)	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	87	52,4
Masculino	79	47,6
<b>Faixa etária (anos)</b>		
Até 49	17	10,2
50 a 69	52	31,3
Superior a 69 anos	97	58,4
<b>Idade (anos)</b>		
Média±DP*	69,3±14,3	
<b>Cor</b>		
Branca	159	95,8
Não branca	7	4,2
<b>Estado civil</b>		
Vive em união estável	107	64,5
Não vive em união	59	35,5
<b>Renda familiar mensal</b>		
Até 2 SM†	30	18,1
3 a 5 SM†	65	39,2
6 a 10 SM†	30	18,1
Acima de 10 SM†	15	9,0
Não respondeu	26	15,7
<b>Sabe ler</b>		
Não	8	4,2
Sim	158	95,2
<b>Sabe escrever</b>		
Não	7	4,3
Sim	159	95,7
<b>Escolaridade</b>		
Não estudou/Ensino Fundamental	92	55,4
Ensino Médio	40	24,1
Ensino Superior Completo	34	20,5
<b>Programa de Medicina Preventiva</b>		
Não	117	70,5
Sim	49	29,5
<b>Tempo de DCNT‡</b>		
Até 1 ano	19	11,4
1 a 5 anos	34	20,5
5 a 14 anos	43	25,9
Acima de 14 anos	70	42,2

\*Média±DP = Desvio-padrão; †SM = Salário-mínimo - R\$1.302,00 (Brasil, 2023); ‡DCNT = Doença crônica não transmissível

Na Tabela 2 são apresentadas as médias do HLQ e a consistência interna do instrumento.

Tabela 2 - Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna das escalas do HLQ\*. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Escalas HLQ*	Média	Desvio-padrão	$\alpha$ C†
<b>Parte 1- Escore de 1-4</b>			
1. Compreensão e Apoio dos Profissionais de Saúde	3,3	0,5	0,778
2. Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde	2,8	0,6	0,821
3. Cuidado Ativo da Saúde	2,9	0,5	0,658
4. Suporte Social Para a Saúde	3,5	0,4	0,741
5. Avaliação das Informações de Saúde	2,5	0,7	0,813
<b>Parte 2- Escore de 1-5</b>			
6. Capacidade de Interagir Ativamente com os Profissionais de Saúde	3,9	0,9	0,860
7. Navegar no Sistema de Saúde	3,6	1,0	0,870
8. Capacidade de Encontrar Boas Informações de Saúde	3,1	1,0	0,825
9. Compreender as Informações de Saúde bem o Suficiente para Saber o que Fazer	3,2	0,9	0,787

\*HLQ = Health Literacy Questionnaire; † $\alpha$ C = Coeficiente alfa de Cronbach

Ao avaliar os escores do LS identificou-se que as escalas que tiveram melhores médias, consideradas pontos fortes, foram: Capacidade de Interagir Ativamente com os Profissionais de Saúde, Navegar no Sistema de Saúde e Suporte Social Para a Saúde, portanto, consideradas potencialidades. E as escalas Avaliação das Informações de Saúde, Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde e Capacidade de Encontrar Boas Informações de Saúde, com menores médias, consideradas fragilidades (Tabela 2).

Ao comparar as faixas etárias com as escalas Compreensão e Apoio dos Profissionais de Saúde (HPS), Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde (HSI), Cuidado Ativo da Saúde (AMH) e Suporte Social Para a Saúde (SS), não foram encontradas diferenças estatísticas significativas. Encontrou-se correlação fraca significativa na escala Suporte Social Para a Saúde (SS) para os pacientes com idade mais avançada ( $r=0,153$ ;  $p=0,049$ ) (Tabela 3).

Tabela 3 - Média e desvio-padrão para as escalas HPS\*, HSI†, AMH‡ e SS§ da escala HLQ¶, segundo características específicas da amostra. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Variáveis	n	HLQ¶			
		HPS*	HSI†	AMH‡	SS§
		Média±DP¶	Média±DP¶	Média±DP¶	Média±DP¶
<b>Faixa etária (anos)</b>					
Até 49	17	3,3 ± 0,4	2,7 ± 0,6	2,9 ± 0,4	3,5 ± 0,5
50 a 69	52	3,3 ± 0,5	2,8 ± 0,6	3,0 ± 0,5	3,5 ± 0,5
Superior a 69	97	3,4 ± 0,5	2,8 ± 0,7	2,9 ± 0,5	3,6 ± 0,4
P**		0,793	0,689	0,227	0,381
<b>Idade (anos) - r(p)††</b>		0,094 (p=0,226)	0,087 (p=0,265)	-0,048 (p=0,539)	0,153 (p=0,049)
<b>Escolaridade</b>					
Não estudou/ Ensino Fundamental	92	3,3 ± 0,5	2,8 ± 0,7	2,9 ± 0,5	3,6a†† ± 0,4
Ensino Médio	40	3,4 ± 0,5	2,8 ± 0,6	3,0 ± 0,4	3,5ab ± 0,4
Ensino Superior	34	3,4 ± 0,5	2,7 ± 0,6	2,9 ± 0,5	3,4b ± 0,5
p**		0,898	0,793	0,892	0,009
<b>Sabe ler</b>					
Sim	158	3,3 ± 0,5	2,8 ± 0,6	2,9 ± 0,5	3,5 ± 0,4
Não	8	3,4 ± 0,7	2,8 ± 1,1	2,9 ± 0,6	3,7 ± 0,4
p§§		0,564	0,943	0,668	0,175
<b>Sabe escrever</b>					
Sim	159	3,3 ± 0,5	2,8 ± 0,6	2,9 ± 0,5	3,5 ± 0,4
Não	7	3,4 ± 0,7	2,8 ± 1,2	3,0 ± 0,5	3,7 ± 0,4
p§§		0,777	0,843	0,790	0,311
<b>Programa de Medicina Preventiva</b>					
Sim	49	3,4 ± 0,4	3,0 <sup>  </sup> ± 0,6	3,0 ± 0,5	3,6 ± 0,4
Não	117	3,3 ± 0,5	2,7 ± 0,6	2,9 ± 0,5	3,5 ± 0,4
p§§		0,292	0,015	0,539	0,092
<b>Tempo de diagnóstico DCNT<sup>†††</sup> (anos)</b>					
Até 1 ano	19	3,2 ± 0,4	2,6 ± 0,4	2,8 ± 0,5	3,4 ± 0,4
1 a 5	34	3,2 ± 0,5	2,7 ± 0,7	3,0 ± 0,5	3,5 ± 0,4
5 a 14	43	3,4 a <sup>  </sup> ± 0,5	3,0 ± 0,6	3,0 ± 0,6	3,5 ± 0,4
Acima de 14	70	3,4 a <sup>  </sup> ± 0,5	2,8 ± 0,7	2,9 ± 0,4	3,5 ± 0,5
p††		0,044	0,106	0,410	0,834

\*HPS = Compreensão e Apoio dos Profissionais de Saúde; †HSI = Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde; ‡AMH = Cuidado Ativo da Saúde; §SS = Suporte Social Para a Saúde; ¶HLQ = Health Literacy Questionnaire; ¶Média±DP = Desvio-padrão; \*\*Análise de Variância (One Way) – post hoc Bonferroni; "a" escore médio significativamente mais elevado, em relação às demais médias da escala específica; "b" escore médio intermediário, que difere significativamente da média mais elevada, bem como da menor média; "c" média significativamente menor, em comparação às demais médias da escala específica; ††r(p) = Correlação de Pearson; ††Diferença estatística significativa a 1%, estimada pelo teste de análise de Variância (One Way) – post hoc Bonferroni; §§Teste t-Student para os grupos independentes; ||Diferença estatística significativa a 5%; ††DCNT = Doença crônica não transmissível

A comparação das faixas etárias com as escalas Compreensão e Apoio de (HPS), Informação Suficiente para Cuidados de Saúde (HIS), Cuidados de Saúde Ativos (AMH) e Suporte Social Para a Saúde (SS) aconteceu em relação às escalas da parte 1, não havendo diferenças estatisticamente significativas (Tabela 3).

Em relação à escolaridade observaram-se escores maiores nos pacientes com instrução até o Ensino Fundamental ( $p=0,009$ ). Entre os dois níveis de escolaridade mais elevados, não houve diferença significativa na comparação entre os escores. Os resultados relacionados às demais escalas mostraram que as diferenças entre os escores dos diferentes níveis de escolaridade não foram representativos. Quanto às características saber ler ou saber escrever, não houve diferenças estatísticas significativas (Tabela 3).

Quando comparada a participação ou não dos pacientes no programa de Medicina Preventiva, observou-se diferença estatística significativa entre aqueles que participavam do programa de Medicina Preventiva, na escala Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde (HSI) ( $p=0,015$ ). Quanto às demais escalas, não houve diferenças estatísticas significativas (Tabela 3).

Ao se comparar os pacientes em relação ao tempo de DCNT e as escalas HPS; HSI e AMH, constatou-se diferença estatística significativa para os pacientes com diagnóstico entre cinco e 14 anos e acima de 14 anos de doença, com os escores médios mais elevados na escala Compreensão e Apoio dos Profissionais de Saúde (HPS) ( $p=0,044$ ) (Tabela 4).

Tabela 4 - Média e desvio-padrão para as escalas CA\*, AE<sup>†</sup> e NHS<sup>‡</sup> da escala HLQ<sup>§</sup>, segundo as características sociodemográficas. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Variáveis	n	HLQ <sup>§</sup>		
		CA*	AE†	NHS‡
		Média ± DP <sup>  </sup>	Média ± DP <sup>  </sup>	Média ± DP <sup>  </sup>
Faixa etária (anos)				
Até 49	17	2,8a <sup>¶</sup> ± 0,6	3,8 ± 0,9	3,5 ± 1,0
50 a 69	52	2,8 a <sup>¶</sup> ± 0,6	3,9 ± 0,8	3,9 a <sup>**</sup> ± 0,8
Superior a 69	97	2,3 ± 0,7	3,8 ± 0,9	3,4 ± 1,0
p <sup>††</sup>		<0,001	0,697	0,018
Idade (anos) - r(p) <sup>‡‡</sup>		-0,301 (p<0,001)	-0,049 (0,529)	-0,133 (p=008)
Escolaridade				
Não estudou/Ensino Fundamental	92	2,2 ± 0,7	3,8 ± 0,9	3,4 ± 1,0
Ensino Médio	40	2,7 b <sup>¶</sup> ± 0,6	3,9 ± 0,8	3,7 ± 0,9
Ensino Superior	34	3,0 a ± 0,6	4,0 ± 0,9	3,8 ± 0,8
p <sup>††</sup>		<0,001	0,667	0,094
Sabe ler				
Sim	158	2,5 <sup>**</sup> ± 0,7	3,9 ± 0,9	3,5 ± 1,0
Não	8	1,9 ± 0,8	4,1 ± 0,7	3,7 ± 1,2
p <sup>§§</sup>		0,010	0,532	0,594
Sabe escrever				
Sim	159	2,5 <sup>**</sup> ± 0,7	3,8 ± 0,9	3,5 ± 1,0
Não	7	1,9 ± 0,9	4,2 ± 0,6	4,1 ± 0,7
p <sup>§§</sup>		0,033	0,296	0,129

\*CA = Avaliação das Informações de Saúde; <sup>†</sup>AE = Capacidade de Interagir Ativamente com os Profissionais de Saúde; <sup>‡</sup>NHS = Navegar no Sistema de Saúde; <sup>§</sup>HLQ = *Health Literacy Questionnaire*; <sup>||</sup>Média ± DP = Desvio-padrão; <sup>¶</sup>Diferença estatística significativa a 1%, estimada pelo teste de Análise de Variância (*One Way*) – *post hoc* Bonferroni; <sup>\*\*</sup>Diferença estatística significativa a 5%; <sup>††</sup>Análise de Variância (*One Way*) – *post hoc* Bonferroni; <sup>a</sup>” Escore médio significativamente mais elevado, em relação às demais médias da escala específica; <sup>b</sup>” escore médio intermediário, que difere significativamente da média mais elevada, bem como da menor média; <sup>c</sup>” média significativamente menor, em comparação às demais médias da escala específica; <sup>††</sup>r(p)Correlação de Pearson; <sup>§§</sup>Teste t-Student para grupos independentes



Ao se comparar as faixas etárias e as escalas Avaliação das Informações de Saúde (CA), Capacidade de Interagir Ativamente com os Profissionais de Saúde (AE) e Navegar no Sistema de Saúde (NHS), observou-se diferença estatística significativa para a escala Avaliação das Informações de Saúde (CA) ( $p < 0,001$ ). Identificou-se escore médio mais elevado nas faixas etárias até 49 anos e de 50 a 69 anos. Ressalta-se que a definição da escala CA com escore alto indica que a pessoa é capaz de identificar boas informações e fontes confiáveis, resolver as informações conflitantes sozinha ou com ajuda de outras pessoas. Esta capacidade se mostrou presente nos pacientes com até 49 anos e de 50 a 69 anos (Tabela 4).

Ao comparar a idade dos pacientes às escalas CA, AE, NHS obteve-se correlação estatisticamente significativa e negativa para a escala CA ( $r = -0,301$ ;  $p < 0,001$ ). Isso aponta que os elevados escores na escala Avaliação das Informações de Saúde (NHS) devem estar correlacionados aos pacientes com menores faixas etárias da amostra (Tabela 4).

A escala Navegar no Sistema de Saúde (NHS) ( $p = 0,018$ ) mostrou resultado significativamente superior, com escore médio na faixa etária de 50 a 69 anos, quando comparada aos demais. Na escala de Capacidade de Interagir Ativamente com os Profissionais de Saúde (AE), não foi observada diferença estatística significativa. Também os resultados das correlações entre a idade e as escalas AE e NHS não mostraram diferenças estatísticas significativas. Ao considerar a comparação da escolaridade em relação às

escalas CA, AE, e NHS, encontrou-se diferença estatística significativa com a escala CA ( $p < 0,0001$ ). Pacientes com níveis de escolaridade de Ensino Médio e Ensino Superior Completo apresentaram escores médios significativamente mais elevados, quando comparados àqueles com menor nível. Nas escalas AE e NHS não se encontraram diferenças estatísticas significativas (Tabela 4).

Em relação ao fato de saber ler, obteve-se diferença significativa, com destaque exclusivamente na escala CA ( $2,5 \pm 0,7$  vs  $1,9 \pm 0,9$   $p = 0,010$ ), na qual os pacientes que referiram saber ler apresentaram escore médio significativamente superior, em comparação aos demais.

Um resultado semelhante foi observado em relação à variável saber escrever, quando comparada às escalas CA, AE, NHS. A diferença significativa foi obtida pela escala CA ( $p = 0,032$ ), apontando que os pacientes que declararam saber escrever apresentaram escore médio significativamente superior (Tabela 4).

Ao considerar as análises que envolveram as comparações da faixa etária, na escala Capacidade de Encontrar Boas Informações de Saúde (FHI), houve uma diferença estatística significativa ( $p = 0,002$ ), e apontou-se que os escores médios nas faixas de idade até 49 anos e de 50 a 59 anos se mostraram significativamente mais elevados. Também se encontrou resultado semelhante na comparação da faixa etária com a escala Compreender as Informações de Saúde bem o Suficiente para Saber o que Fazer (UHI) ( $p = 0,001$ ) (Tabela 5).

Tabela 5 - Média e desvio-padrão para as escalas FHI\* e UHI† da escala HLQ‡, segundo as características sociodemográficas. Ijuí, RS, Brasil, 2023

Variáveis	n	HLQ‡	
		FHI*	UHI†
		Média ± DP§	Média ± DP§
<b>Faixa etária (anos)</b>			
Até 49	17	3,5 a¶ ± 1,1	3,5 a¶ ± 1,1
50 a 69	52	3,4¶ ± 0,8	3,5¶ ± 0,7
Superior a 69	97	2,9 ± 1,0	3,0 ± 0,9
p¶		0,002	0,001
<b>Idade (anos) - r(p)**</b>		-0,334 ( $p < 0,001$ )	-0,301 ( $p < 0,001$ )
<b>Escolaridade</b>			
Não estudou/Ensino Fundamental	92	2,8 ± 0,9	3,0 ± 0,9
Ensino Médio	40	3,5 a¶ ± 0,9	3,3 b¶ ± 0,8
Ensino Superior	34	3,8 b ± 0,8	3,6 a¶ ± 1,0
p¶		<0,001	0,002
<b>Sabe ler</b>			
Sim	158	3,2†† ± 1,0	3,2†† ± 0,9
Não	8	2,4 ± 0,7	2,0 ± 0,5
p††		0,008	<0,001
<b>Sabe escrever</b>			
Sim	159	3,2	3,2††
Não	7	2,5	2,0
p††		0,071	0,001

\*FHI = Capacidade de Encontrar Boas Informações de Saúde; †UHI = Compreender as Informações de Saúde Bem o Suficiente para Saber o que Fazer; ‡HLQ = *Health Literacy Questionnaire*; §Média±DP = Desvio-padrão; ¶Análise de Variância (One Way) – *post hoc*; Sobre os resultados com diferença estatisticamente significativa tem-se a notação: “a” escore médio significativamente mais elevado, em relação às demais médias da escala específica; “b” escore médio intermediário, que difere significativamente da média mais elevada, bem como da menor média; “c” média significativamente menor, em comparação às demais médias da escala específica; \*Diferença estatística significativa a 1%, estimada pelo teste de Análise de Variância (One Way) – *post hoc* Bonferroni; \*\* $r(p)$  = Correlação de Pearson; ††Diferença estatística significativa a 5%; †††Teste t-Student para grupos independentes

Segundo definição da escala, há evidências de que as faixas etárias até 49 anos e de 50 a 69 anos apresentaram maior habilidade de explorar as informações. Além disso, as duas faixas etárias também apresentaram maior capacidade de entender as informações escritas em relação à saúde.

Ao correlacionar as escalas com a idade, identificaram-se as correlações estatisticamente significativas e negativas, tanto entre a idade e a escala FHI ( $r = -0,334$ ;  $p < 0,001$ ), quanto sobre os dados da escala UHI ( $r = -0,301$ ;  $p < 0,001$ ). Há evidências de que os pacientes com as idades mais elevadas se mostraram correlacionados aos menores escores.

No que se refere às comparações sobre a questão saber ler, nos escores das escalas FHI e UHI obteve-se algumas diferenças estatisticamente significativas. Identificou-se que o escore médio foi significativamente maior entre os investigados que declararam saber ler (FHI) ( $p = 0,010$ ). Um resultado semelhante ocorreu ao comparar a variável sabe ler. Ao se considerar as comparações com a escala UHI, sobre a questão saber escrever ( $p = 0,010$ ), a diferença estatística significativa se configurou exclusivamente sobre esta escala, apontando um escore médio superior no grupo que relatou saber escrever.

## Discussão

Este é o primeiro estudo brasileiro que avaliou o LS de pacientes com DCNTs e sua relação com as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, saber ler e escrever, e se faz parte da Medicina Preventiva) e clínicas (tempo de diagnóstico de DCNTs) por meio da análise bivariada. Identificou-se que os maiores escores foram nas escalas: Suporte Social Para a Saúde e Capacidade de Interagir Ativamente com os Profissionais de Saúde, ambos os resultados semelhantes a outro estudo internacional, com pessoas de uma comunidade de pesca rural no norte do Egito<sup>(13)</sup>.

Predominaram as pessoas com Doenças Cardiovasculares (DCV,) semelhante a um estudo que avaliou o LS no Brasil com pessoas acometidas por DCNTs, ao qual predominou as DCV com 230 pessoas (29%) e o sexo feminino (67,5%)<sup>(10)</sup>. Outros estudos recentes também reafirmaram esses resultados<sup>(1,6)</sup>. Observou-se uma redução do LS com o aumento da idade e menor escolaridade. O LS desempenha papel significativo no manejo das DCNTs, consideradas complexas, que se tornam um desafio significativo e de longo prazo para as pessoas e para o sistema de saúde<sup>(4,6)</sup>.

Os menores escores foram encontrados nas escalas Avaliação das Informações de Saúde e Capacidade de

Encontrar Boas Informações de Saúde, o que corrobora outros estudos, realizados no Brasil, que utilizaram o mesmo instrumento com pessoas com HIV e com doença renal crônica<sup>(12,14)</sup>.

Neste estudo, os pacientes com idades avançadas e escolaridade baixa tiveram os melhores desempenhos na escala Suporte Social Para a Saúde, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos<sup>(15)</sup>. Ademais, o suporte social de qualidade promove melhores resultados de saúde<sup>(16)</sup> e da autogestão<sup>(17)</sup>. Para tanto, a educação e apoio aos familiares e cuidadores envolvidos nesse contexto pode ser uma estratégia útil para os serviços de saúde; outros estudos<sup>(18-19)</sup> sugerem que os cuidadores de pessoas com DCNTs têm necessidade de informações sobre os cuidados, sendo cruciais os princípios do LS no cotidiano dos cuidadores, profissionais e gestores para os melhores desfechos e decisões em saúde<sup>(11)</sup>.

Um estudo realizado na Austrália apontou que os pacientes com idade avançada e grau de instrução menor têm necessidade e/ou recebem maior Suporte Social Para a Saúde, o que favorece o LS desta população<sup>(20)</sup>. Outra pesquisa no Brasil mostrou resultados semelhantes aos dessa investigação<sup>(14,21)</sup>.

É fundamental que os profissionais de saúde avaliem o nível de LS dos pacientes e adaptem as informações e o apoio às competências de LS conforme o contexto dos seus pacientes, de forma singular, pois favorece a gestão da sua condição crônica de saúde durante a vida<sup>(9)</sup>. Ressalta-se que as estratégias pautadas em comunicação assertiva, informações compreensíveis e o acesso aos serviços de forma clara favorecem o LS das pessoas<sup>(7,22)</sup>.

Dados deste estudo evidenciaram que os pacientes que participavam de um programa de Medicina Preventiva tiveram melhor média na escala Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde. Ou seja, sentiam-se confiantes de que tinham as informações de que precisavam para conviver, gerenciar suas condições e tomar as decisões em relação à sua saúde<sup>(8)</sup>, diferente de outros estudos que apresentaram médias mais baixas<sup>(12-13)</sup>. Isso ressalta a importância de programas que sejam baseados nos princípios de LS<sup>(3)</sup>.

É importante ter relação estabelecida com pelo menos um profissional de saúde que os conheça bem e em quem confiem, para receber informações úteis para os ajudar a compreender as orientações e a tomar decisões sobre sua saúde<sup>(8)</sup>. O fortalecimento do vínculo facilita a continuidade do cuidado prestado e oportuniza o desenvolvimento de estratégias de forma singular. Considera-se estratégico que a transmissão de informações pelos profissionais de saúde seja clara e com linguagem acessível, de maneira a favorecer a



compreensão e incentivar o autogerenciamento<sup>(23)</sup>, visto que os serviços de saúde constituem a porta de entrada principal, e são considerados como fonte de informação segura para os usuários.

Os pacientes do estudo em tela apontaram fragilidades nas escalas Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde e Avaliação das Informações de Saúde. Apresentaram lacunas em relação ao seu conhecimento de saúde, não conseguiam compreender as informações que recebiam e acreditavam não possuir informações necessárias para o autogerenciamento. Essa fragilidade foi corroborada por outro estudo<sup>(12)</sup>, que identificou o grau de adesão baixo/insuficiente ao tratamento medicamentoso de pessoas com HIV, devido às fragilidades encontradas sobre Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde e Avaliação das Informações de Saúde.

Esses resultados têm implicações importantes e reafirmam a necessidade, e avanços, no cuidado às pessoas com DCNTs, em termos de comunicação assertiva entre os pacientes e os profissionais de forma singular, em concordância com outros estudos que apresentaram resultados semelhantes<sup>(11,24-25)</sup>. O acesso às informações não é o principal problema, mas sim a sua 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 o tratamento em linguagem acessível e de fonte segura são recursos que podem ser adotados<sup>(7,23)</sup>.

A comunicação assertiva pode ser empregada por meio do uso de *teach back*, que favorece a compreensão das informações<sup>(26)</sup>. Essas estratégias oferecem suporte para que as pessoas aumentem o conhecimento, a capacidade para a tomada de decisão compartilhada, o engajamento e o seu autogerenciamento<sup>(26-27)</sup>.

Este estudo identificou que os pacientes mais jovens e com maior grau de instrução tiveram potencialidades de LS para identificar as boas informações em fontes seguras, bem como entender as informações conflitantes sozinhas ou com a ajuda de outras pessoas. O nível de escolaridade é relevante, uma vez que as pessoas com grau de escolaridade maior podem obter melhor acesso às informações sobre os cuidados em saúde e o tratamento das DCNTs<sup>(28)</sup>.

Isso, embora influencie, nem sempre é considerado característica determinante, visto que pessoas com níveis altos de estudo podem ter LS insuficiente, pois este é singular e transcende o saber ler ou escrever, consideradas as habilidades de tomada de decisão, promoção da saúde, acesso e navegação no sistema de saúde<sup>(7)</sup>.

Os resultados da escores da escala Cuidado Ativo da Saúde mostraram fragilidades para o LS. Ela relacionou-se

com a responsabilidade do indivíduo com sua saúde e com envolver-se proativamente de modo a tomar suas próprias decisões. Este fato pode estar associado à idade e à baixa escolaridade, pois a idade avançada pode reduzir a capacidade de realizar tarefas cognitivas que requeiram o processamento de informações. As pessoas com maior idade parecem ter mais dificuldade para concluir tarefas que exijam raciocínio ou tirar conclusões a partir das informações apresentadas<sup>(29)</sup>.

Nesse sentido, o suporte social deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde, em especial da Enfermagem, a fim de aprimorar as práticas educativas que possam proporcionar uma escuta qualificada, com esclarecimento sobre os cuidados, e considerando, inclusive, as questões emocionais<sup>(30)</sup>, com vistas à abordagem integral aos idosos e com maior vulnerabilidade.

Ao se considerar os escores das escalas Capacidade de Encontrar Boas Informações de Saúde e Compreender as Informações de Saúde bem o Suficiente para Saber o que Fazer, identificou-se que, até a faixa etária de 69 anos, as pessoas apresentaram potencialidades de LS. É necessário que as pessoas consigam explorar, compreender e utilizar diferentes fontes de informações, sendo capazes de escrever adequadamente em formulários, quando necessário.

O estudo possibilitou a identificação dos aspectos que necessitam ser aprimorados na assistência, a fim de subsidiar a elaboração de estratégias e favorecer o LS. Com o estudo, foi possível perceber que o investimento em políticas de saúde, nos âmbitos público e privado, baseadas em estratégias de LS é crucial, assim como se faz necessário apoiar os gestores, profissionais da saúde e os usuários engajados para que haja a mudança efetiva.

Este estudo tem algumas limitações: o tipo de estudo eleito, quantitativo e transversal, que não permite estabelecer relação de causalidade entre as variáveis, bem como a sua realização em um único hospital geral. Portanto, deve-se ter cuidado ao generalizar os resultados. Apesar das limitações, este estudo traz inovações sobre a importância de considerar o LS para a qualificação da assistência em saúde em DCNTs. Os resultados podem fornecer subsídios para o aprofundamento de pesquisas futuras investigando a relação causal entre o LS e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados com DCNTs.

## Conclusão

Os pacientes apresentaram potencialidades em LS, nas escalas Suporte Social Para a Saúde (3,5±0,4), Capacidade de Interagir Ativamente com os

Profissionais de Saúde ( $3,9\pm0,9$ ) e Navegar no Sistema de Saúde ( $3,6\pm1,0$ ). Em contrapartida, identificaram-se fragilidades na Avaliação das Informações de Saúde. ( $2,5\pm1,0$ ) e na Capacidade de Encontrar Boas Informações de Saúde ( $3,1\pm1,0$ ).

Houve uma associação significativa entre o LS e as variáveis sociodemográficas, como idade, escolaridade e saber ler e escrever. Os pacientes na faixa etária até 49 anos e de 50 a 59 anos apresentaram médias menores, enquanto aqueles com menor escolarização apresentaram médias maiores na escala Suporte Social Para a Saúde. As faixas etárias menores evidenciaram os melhores resultados de LS nas escalas: Avaliação das Informações de Saúde, Capacidade de Encontrar Boas Informações de Saúde e Compreender as Informações de Saúde Bem o Suficiente para Saber o que Fazer.

Os pacientes mais jovens, com maior escolaridade e habilidades de leitura e escrita, apresentaram escores mais elevados em escalas relacionadas à avaliação e compreensão das informações de saúde. Por outro lado, os indivíduos de idade mais avançada e menor escolaridade mostraram escores menores, indicando as fragilidades na compreensão das informações em saúde. Por outro lado, a escala Suporte Social Para a Saúde se mostrou como potencialidade e pode favorecer o LS na avaliação e na utilização dos serviços de saúde.

Os pacientes que participavam do programa de Medicina Preventiva tiveram maiores médias na escala Informações Suficientes Para Cuidar da Saúde. As pessoas com mais tempo de DCNTs informaram que são mais compreendidas e apoiadas pelos profissionais de saúde.

Diante do exposto, é necessário que os profissionais de saúde reflitam e implementem as estratégias de LS de forma singular para os pacientes com faixa etária maior e baixa escolaridade, a fim de que estas possam usufruir na tomada de decisão sobre a sua saúde e o seu bem-estar.

## Referências

1. World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2024 Aug 10]. 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

3. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
4. Ho KHM, Smith GD. A discursive paper on the importance of health literacy among foreign domestic workers during outbreaks of communicable diseases. *J Clin Nurs*. 2020;29(23-24):4827-33. <https://doi.org/10.1111/jocn.15495>
5. Panelli BL, Barros MBSC, Oliveira do Ó DMS, Monteiro EMLM. "Health promoters" in a rural settlement: health literacy as community intervention. *Textos Contextos*. 2020;19(1):e29470. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.1.29470>
6. Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transition of care of patients with chronic diseases and its relation with clinical and sociodemographic characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e4014. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4014>
7. 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*. 2013;13:658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
8. 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;49(1):57. <https://doi.org/10.1186/s41182-021-00345-9>
9. Forray AI, Coman MA, Cherecheș RM, Borzan CM. Exploring the Impact of Sociodemographic Characteristics and Health Literacy on Adherence to Dietary Recommendations and Food Literacy. *Nutrients*. 2023;15(13):2853. <https://doi.org/10.3390/nu15132853>
10. Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL, Sampaio HAC, Sousa ALL, Canhestro MR, et al. Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) to brazilian portuguese. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE0217. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171>
11. Soares TAM, Brasil VV, Moraes KL, Santos LTZ, Vila VSC, Borges LH Júnior. Health literacy of home caregivers in a Brazilian capital. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE002255. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO002255>
12. Caetano TA, Moraes KL, Martins AMEBL, Godinho CP, Lima PXV, Mesquita LGM. Health literacy and medication adherence to the treatment of people living with HIV/AIDS. *Rev Unimontes Cient*. 2022;24(2):1-17. <https://doi.org/10.46551/ruc.v24n2a2>

13. Anwar WA, Mostafa NS, Hakim SA, Sos DG, Abozaid DA, Osborne RH. Health literacy strengths and limitations among rural fishing communities in Egypt using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *PLoS One*. 2020;15(7):e0235550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235550>
14. Oliveira GKA, Moraes KL, Caetano TA, Santos DCG, Oliveira TMM, Borges CJ. Health literacy profile of patients with chronic kidney disease on pre-dialysis treatment. *J Nurs Health*. 2022;12(1). <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.2247>
15. Tavares DMS, Oliveira NGN, Ferreira PCS. Social support and health conditions of brasilian elderly in the community. *Cien Enferm*. 2020;26(9). <https://doi.org/10.29393/ce26-2asdm30002>
16. Moura K, Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Frailty and social support older adults' in a vulnerable region: an approach in a family health unit. *Rev Aten Saude*. 2020;18(63):65-73. <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6342>
17. Silva VM, Brasil VV, Moraes KL, Magalhães JPR. Health literacy of professionals enrolled in a Multiprofessional Residency Program in Health. *Rev Eletr Enferm*. 2020;22. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.62315>
18. Dinh TTH, Bonner A. Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:923. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09907-5>
19. Becker P, Tubiana D, Gheno EER, Rodrigues FO, Desordi JM, Rebelato CTC, et al. Perceptions of the nursing team regarding hospital discharge planning for people after strokes. *Rev Contexto Saúde*. 2024;24(48):e14515. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14515>
20. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2015;15:678. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2056-z>
21. Silva RG, Nogueira LMV, Santos MYS, Rodrigues ILA, Pinheiro AKC, Farias SNP. Health literacy of people undergoing treatment for leprosy in an endemic municipality in the Amazon region. *Rev Contexto Saúde*. 2024;24(49):e15285 <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.49.15285>
22. Leão NCS, Canhestro MR, Milagres LMR, Oliveira PM, Moraes KL, Brasil VV. Health literacy and pharmacotherapy adherence among chronic kidney disease patients in pre-dialysis care. *Rev Pesqui*. 2021;13:1610-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.10792>
23. 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. Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3542. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5623.3542>
24. Cesar FCR, Oliveira LMAC, Galvão MC, Lacerda ALA. How Do Healthcare Professionals Develop the Communication Process to Promote Patients' Health Literacy? *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(5):536. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050536>
25. 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*. 2021;50(3):417-24. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.007>
26. Epstein HAB. The Teach-Back Method to Build Patient's Health Literacy. *J Cons Health Internet*. 2023;27(3):328-34. <https://doi.org/10.1080/15398285.2023.2243786>
27. Paes RG, Mantovani MF, Costa MC, Pereira ACL, Kalinke LP, Moreira RC. Effects of educational intervention on health literacy and knowledge about diabetes: quasi-experimental study. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210313. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0313pt>
28. Young-Rock H, Jo A, Huo J, Cardel MI, Mainous AG. Pathways of Teach-Back Communication to Health Outcomes Among Individuals With Diabetes: A Pathway Modeling. *J Prim Care Commun Health*. 2022;13. <https://doi.org/10.1177/21501319211066658>
29. Costa AC, Conceição AP, Butcher HK, Butcher RCGS. Factors that influence health literacy in patients with coronary artery disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3878. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6211.3879>
30. Carvalho FF, Petersen AGP, Tronco CS, Casagrande D, Rodrigues FO, Griep RH, et al. Social support among puerperal at risk: association with sociodemographic and clinical characteristics. *Cogitare Enferm*. 2024;29. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95053>

---

### Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Obtenção de dados:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Amanda Caroline

Mélo da Rosa, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Análise e interpretação dos dados:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Arnaldo Nogaro, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Análise estatística:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Arnaldo Nogaro, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Obtenção de financiamento:** Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Redação do manuscrito:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Arnaldo Nogaro, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Francini de Oliveira Rodrigues, Eliana Elisa Rehfeld Gheno, Letícia Y Castro, Arnaldo Nogaro, Amanda Caroline Mélo da Rosa, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**


Recebido: 20.03.2024  
Aceito: 22.10.2024

Editora Associada:  
Maria Lúcia Zanetti

**Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

---

Autor correspondente:  
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz  
E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com  
 <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>