Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Literacia em saúde na cardio-oncologia e suas implicações para a adesão, o autocuidado e o desfecho

Health literacy in cardio-oncology and its implications for adherence, self-care, and outcome

Alfabetización en salud en la cardio-oncología y sus implicancias para la adherencia, el autocuidado y los resultados

Marysabel Tavares de Lima[1], Lilian Moreira Prado[1], Milena Rego dos Santos[1], Tereza Cristina Felippe Guimarães[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever a relevância da literacia em saúde no contexto da cardio-oncologia, destacando sua influência na adesão ao tratamento, no autocuidado e nos desfechos clínicos em pacientes expostos a terapias com potencial cardiotoxicidade. **Revisão bibliográfica:** A literacia em saúde está associada à melhor compreensão das informações em saúde, ao reconhecimento de sintomas, à navegação no sistema de saúde e à adesão terapêutica. Fatores como idade avançada, baixa escolaridade, menor renda, comorbidades, polifarmácia e desigualdades no acesso aos serviços influenciam seus níveis e ampliam as vulnerabilidades. A complexidade do tratamento, a necessidade de monitoramento contínuo e dificuldades na comunicação e integração entre serviços constituem barreiras adicionais. Entretanto, a produção científica em cardio-oncologia ainda é limitada, e o uso de instrumentos validados para sua avaliação é pouco frequente, evidenciando lacunas relevantes para a prática clínica e para a pesquisa. **Considerações finais:** A incorporação da literacia em saúde na cardio-oncologia pode favorecer a comunicação clínica, reduzir vulnerabilidades e orientar intervenções educativas mais eficazes. Estratégias baseadas em comunicação clara são essenciais para favorecer a adesão, o autocuidado e melhores desfechos clínicos, especialmente em contextos marcados por desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Literacia em saúde, Cardio-oncologia, Adesão e conformidade ao tratamento.

ABSTRACT

Objective: To describe the relevance of health literacy in the context of cardio-oncology, highlighting its influence on treatment adherence, self-care, and clinical outcomes in patients exposed to therapies with cardiotoxic potential. **Literature review:** Health literacy is associated with a better understanding of health information, recognition of symptoms, navigation of the health system, and treatment adherence. Factors such as advanced age, low educational level, lower income, comorbidities, polypharmacy, and inequalities in access to health services influence health literacy levels and increase vulnerabilities. The complexity of treatment, the need for continuous monitoring, and difficulties in communication and integration among services constitute

[1] Instituto Nacional de Cardiologia (INC/MS), Rio de Janeiro – RJ.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 6/2026**

additional barriers. However, scientific production in cardio-oncology remains limited, and the use of validated instruments for its assessment is infrequent, highlighting relevant gaps for clinical practice and research. **Final considerations:** The incorporation of health literacy into cardio-oncology may improve clinical communication, reduce vulnerabilities, and guide more effective educational interventions. Strategies based on clear communication are essential to promote treatment adherence, self-care, and better clinical outcomes, especially in contexts marked by inequalities in access to health services.

Keywords: Health literacy, Cardio-oncology, Treatment adherence and compliance.

RESUMEN

Objetivo: Describir la relevancia de la alfabetización en salud en el contexto de la cardio-oncología, destacando su influencia en la adherencia al tratamiento, el autocuidado y los resultados clínicos en pacientes expuestos a terapias con potencial cardiotóxico. **Revisión bibliográfica:** La alfabetización en salud se asocia con una mejor comprensión de la información en salud, el reconocimiento de síntomas, la navegación en el sistema de salud y la adherencia terapéutica. Factores como la edad avanzada, la baja escolaridad, el menor ingreso, las comorbilidades, la polifarmacia y las desigualdades en el acceso a los servicios influyen en sus niveles y amplían las vulnerabilidades. La complejidad del tratamiento, la necesidad de monitoreo continuo y las dificultades en la comunicación y la integración entre servicios constituyen barreras adicionales. Sin embargo, la producción científica en cardio-oncología aún es limitada, y el uso de instrumentos validados para su evaluación es poco frecuente, lo que evidencia brechas relevantes para la práctica clínica y la investigación. **Consideraciones finales:** La incorporación de la alfabetización en salud en la cardio-oncología puede favorecer la comunicación clínica, reducir vulnerabilidades y orientar intervenciones educativas más eficaces. Las estrategias basadas en comunicación clara son esenciales para favorecer la adherencia, el autocuidado y la mejora de los resultados clínicos, especialmente en contextos marcados por desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Palabras clave: Alfabetización en salud, Cardio-oncología, Adherencia y cumplimiento del tratamiento.

INTRODUÇÃO

O termo literacia em saúde (LS) surgiu na década de 1970, inicialmente vinculado às discussões sobre educação em saúde, aparecendo em um documento dos Estados Unidos em 1974, ainda sem uma definição formal (SIMONDS SK, 1974). Foi apresentado como um objetivo de políticas públicas em educação em saúde, enfatizando a necessidade de que os cidadãos desenvolvessem competências informadas relacionadas à saúde. No entanto, foi na década de 1990 que o conceito ganhou consistência teórica e reconhecimento como campo de pesquisa, passando a ser discutido como um determinante de saúde e associado à leitura, à compreensão, à numeracia e à navegação no sistema de saúde (SØRENSEN K e PLEASANT A, 2017).

Sua formulação contemporânea passou a incluir objetivos de mensuração, estabelecendo bases metodológicas para sua avaliação e aplicação em políticas públicas. Assim, embora o termo tenha se originado na década de 1970, sua consolidação científica ocorreu apenas nos anos 1990, o que explica as diferentes referências ao seu “ponto de partida” na literatura. Desde então, o conceito evoluiu de uma noção limitada à interpretação de informações para modelos contemporâneos que conceituam a LS como um construto multidimensional e interacional, integrando habilidades funcionais, comunicativas e críticas (SØRENSEN K e PLEASANT A, 2017; MÅRTENSSON L e HENSING G, 2012), influenciado por determinantes sociais, demandas organizacionais e pela qualidade das interações entre pacientes e profissionais de saúde (MÅRTENSSON L e HENSING G, 2012; PARNELL TA, 2019; NUTBEAM D, 2018; RUDD RE, 2017).

Nesse sentido, a LS também tem sido discutida em estreita interface com o campo da comunicação em saúde, que fornece fundamentos teóricos para compreender como a troca de informações entre profissionais, pacientes e o sistema de saúde influencia comportamentos em saúde, adesão ao tratamento e desfechos clínicos. Modelos teóricos de comunicação entre clínico e paciente demonstram que a comunicação afeta os

desfechos por meio de mecanismos como compreensão compartilhada, confiança, engajamento do paciente e tomada de decisão informada (STREET RL Jr, 2009), reforçando o papel das interações comunicacionais na construção da literacia em saúde.

Sob a perspectiva da comunicação em saúde, a LS também é moldada pela eficácia das estratégias comunicacionais e pela capacidade de resposta dos serviços de saúde, reforçando a visão de que a literacia emerge na interação e não reside apenas no indivíduo (KREPS GL, 2011). Em termos aplicados, modelos de comunicação em saúde enfatizam o planejamento de mensagens, canais e estratégias centradas no público para apoiar a compreensão e a mudança de comportamento em diferentes contextos (SCHIAVO R, 2014).

Além disso, Kickbusch I (2013) reconhece a LS como resultado não apenas de habilidades individuais, mas também das demandas comunicacionais e organizacionais do sistema de saúde, enfatizando que comunicação clara, informação acessível e apoio para a navegação nos serviços de saúde são essenciais para melhorar os desfechos e reduzir as desigualdades em saúde. Essa perspectiva sistêmica reforça a necessidade de considerar a linguagem simples nos processos de comunicação como um componente estrutural das intervenções em LS e das estratégias de promoção da saúde.

A LS é reconhecida como um elemento central dos comportamentos em saúde, da adesão ao tratamento e dos desfechos clínicos em diversas condições crônicas. Embora a produção científica em cardiologia e oncologia seja extensa, as investigações que abordam especificamente a LS na cardio-oncologia ainda são incipientes. Os estudos existentes concentram-se em ações educativas ou no papel da enfermagem na orientação sobre efeitos colaterais, sem analisar a LS como uma variável estruturada ou como um conceito analítico (MOSS LS, 2009; LIMA MT, 2024).

Essa discussão torna-se especialmente relevante na cardio-oncologia, uma vez que os pacientes enfrentam simultaneamente a complexidade do tratamento oncológico e o risco de toxicidades cardiovasculares. Compreender a LS nesse contexto requer integrar evidências da cardiologia, da oncologia e da teoria da LS para identificar vulnerabilidades, necessidades informacionais e lacunas no cuidado. Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão narrativa sobre a relevância da LS no contexto da cardio-oncologia, destacando sua influência na adesão ao tratamento, no autocuidado e nos desfechos clínicos em pacientes expostos a terapias com potencial cardiotoxicidade.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Estudos conceituais descrevem a LS como um construto multidimensional que integra habilidades funcionais, comunicativas e críticas. Essa perspectiva é enfatizada em trabalhos que destacam sua natureza interacional e as influências sociais, ressaltando as demandas organizacionais e a qualidade da comunicação nos serviços de saúde (SØRENSEN K e PLEASANT A, 2017; MÅRTENSSON L e HENSING G, 2012; MÅRTENSSON L e HENSING G, 2012; PARNELL TA, 2019; NUTBEAM D, 2018; RUDD RE, 2017). Essas publicações demonstram que a LS vai além das habilidades de leitura e compreensão, incorporando também a responsabilidade institucional na oferta de informações acessíveis e compreensíveis.

No contexto brasileiro, a incorporação do conceito de LS ocorreu de forma gradual e marcada por adaptações semânticas, epistemológicas e socioculturais, diferenciando-se da trajetória europeia. Inicialmente, esteve associada à alfabetização e à educação em saúde, refletindo uma compreensão predominantemente funcional, centrada na leitura e interpretação de informações. Posteriormente, o termo letramento em saúde passou a incorporar dimensões relacionadas ao uso social da informação e à interação com os serviços. Mais recentemente, a adoção da LS aproxima o debate dos modelos internacionais multidimensionais, que integram habilidades funcionais, comunicativas e críticas. Entretanto, a coexistência desses termos indica um campo em consolidação, influenciado por desigualdades educacionais e pelas particularidades do sistema de saúde, reforçando a necessidade de adaptações conceituais, metodológicas e de instrumentos sensíveis ao contexto brasileiro (PERES F, 2023).

Em contraste, muitos estudos clínicos em cardiologia adotam definições mais restritas, concentrando-se principalmente na compreensão de instruções, na adesão à medicação e no manejo de condições crônicas,

refletindo uma visão predominantemente funcional da literacia em saúde (TELES M e KAYA S, 2021; HICKEY KT, 2018; GHISI GLM, 2018; COMO JM, 2018). Na oncologia, a LS frequentemente aparece relacionada à compreensão dos efeitos adversos, à comunicação com os profissionais e à tomada de decisão, porém o conceito muitas vezes não é explicitamente definido (KATZ A, 2017; HUMPHRYS E, 2019; RYMAN C, 2024; RUDD RE, 2019).

Diversos estudos reconhecem a LS como elemento central para a comunicação eficaz, o engajamento do paciente e a redução das desigualdades, exigindo intervenções coordenadas entre pacientes, profissionais e o sistema de saúde (LOGAN RA, 2020). Essas evidências consolidam a compreensão da LS como componente transversal das práticas de cuidado, particularmente em contextos marcados por elevada complexidade terapêutica. Na cardio-oncologia, entretanto, nenhum dos estudos analisados apresenta uma definição formal de LS. O tema surge apenas de forma indireta, vinculado à educação do paciente e às dificuldades de comunicação relacionadas à cardiotoxicidade, evidenciando que o campo ainda não incorporou modelos teóricos consolidados em sua base conceitual (MOSS LS, 2009; LIMA MT, 2024; BOLAJI O, 2025).

Abordagens metodológicas

A análise metodológica revelou heterogeneidade nos instrumentos de mensuração da LS. Na cardiologia, os estudos utilizam escalas desenvolvidas especificamente para condições cardiovasculares (CHAN RWY, 2020) ou instrumentos que combinam a avaliação de LS e qualidade de vida, como o HELIA (MARZANGI A, 2018). Outros empregam ferramentas amplamente validadas, como BHLS, NVS, CHL-HL, CHF-HL, HLS-CV e MLHFQ, principalmente para investigar associações entre LS, mortalidade, reinternações e capacidade de autocuidado (LIU XB, 2019; LÉON-GONZÁLEZ R, 2018; LIMA MA, 2020).

Entre os estudos, um aplicou o *Brief Health Literacy Screen* (BHLS), composto por três perguntas breves validadas em relação ao REALM e ao S-TOFHLA, para avaliar a necessidade de ajuda na leitura de materiais hospitalares, a confiança no preenchimento de formulários e a dificuldade de aprender a partir de textos escritos. Nesse estudo, 17,5% dos pacientes apresentaram baixa LS, perfil associado à maior idade, menor escolaridade e maior carga de comorbidades (PETERSON PN, 2011).

Na oncologia, foram identificados instrumentos voltados à compreensão de riscos e à compreensão da toxicidade, incluindo escalas de numeracia específicas para câncer, como CMLT-L e CMLT-R, bem como medidas de compreensão de medicamentos e de tomada de decisão (MORRIS NS, 2013; MAZOR KM, 2012; FRIEDMAN DB, 2008). No entanto, a maioria dos estudos em oncologia ainda utiliza medidas gerais de LS, sem adaptações à complexidade informacional do câncer.

Em contraste, a cardio-oncologia carece de instrumentos específicos para avaliar a LS. Os estudos descrevem desafios educacionais e de comunicação, mas não aplicam medidas estruturadas, evidenciando uma importante lacuna metodológica. A ausência de instrumentos que abordem a compreensão da cardiotoxicidade, a interpretação de exames cardiovasculares durante o tratamento do câncer e a navegação entre serviços limita a identificação de fragilidades estruturais e o desenvolvimento de intervenções direcionadas.

Determinantes sociais e vulnerabilidades associadas à literacia em saúde

A literatura demonstra que fatores socioeconômicos e demográficos, como desigualdades sociais, baixa escolaridade, menor renda, idade avançada, pertencimento a minorias étnicas e residência em regiões rurais ou remotas, estão associados a níveis inadequados de literacia em saúde (RYMAN C, 2024; RUDD RE, 2019; BOLAJI O, 2025; CABELLOS-GARCÍA AC, 2020; GIURCA BC, 2018).

Esses elementos atuam como amplificadores de vulnerabilidade, afetando particularmente pacientes com condições crônicas complexas. Evidências conceituais e empíricas convergem ao demonstrar que populações vulneráveis apresentam maior prevalência de baixa LS e que intervenções envolvendo linguagem acessível, materiais educativos bem elaborados e apoio à navegação no sistema de saúde são essenciais para mitigar desigualdades (LOGAN RA, 2020).

Esses fatores são altamente relevantes na cardio-oncologia, uma vez que os pacientes podem enfrentar barreiras para acessar serviços especializados (BOLAJI O, 2025), e a LS inadequada agrava dificuldades estruturais, reduz a percepção de risco e limita o autocuidado.

Evidências provenientes da cardiologia

A cardiologia apresenta uma literatura robusta sobre LS, especialmente com foco na insuficiência cardíaca (IC). Como a IC é uma das manifestações mais comuns da cardiotoxicidade induzida por quimioterapia, esses achados podem ser aplicáveis à cardio-oncologia (LIMA MT, 2024). Estudos indicam que a LS inadequada está associada à maior mortalidade na IC e ao aumento de eventos adversos (LIU XB, 2019; OSCALICES MIL, 2019; FABBRI M, 2018; MCNAUGHTON CD, 2015; FABBRI M, 2020; MAGNANI JW, 2018), à pior adesão à medicação, à menor compreensão da doença, a maiores taxas de hospitalização e à dificuldade no manejo de regimes terapêuticos complexos (HICKEY KT, 2018; GHISI GLM, 2018; COMO JM, 2018).

A baixa LS também está relacionada à pior controle da pressão arterial, dos lipídios e da glicemia (CAJITA MI, 2015), comprometendo o autocuidado, o reconhecimento de sintomas e a tomada de decisão (COMO JM, 2018; SANTESMASES-MASANA R, 2017; RAYNOR DK, 2012). Além disso, embora as taxas de reinternação se correlacionem inversamente com a qualidade de vida, maior conhecimento sobre IC prediz melhor qualidade de vida em pacientes hospitalizados, reforçando o papel central da LS na prevenção de descompensações e na melhoria dos desfechos (LIMA MA, 2020).

Mesmo quando os níveis de LS medidos parecem adequados, idosos e indivíduos com baixa escolaridade permanecem vulneráveis devido às limitações funcionais e cognitivas que dificultam o autocuidado (PETERSON PN, 2011). Na cardio-oncologia, isso é crítico, pois pacientes oncológicos mais idosos frequentemente utilizam múltiplos medicamentos e podem apresentar declínio cognitivo, aumentando a suscetibilidade à cardiotoxicidade.

Evidências integradas mostram que pacientes com baixa LS apresentam maior risco de não reconhecer sinais precoces de cardiotoxicidade, de não aderir ao monitoramento cardíaco e de não seguir corretamente orientações sobre regimes terapêuticos complexos. Padrões observados de maior mortalidade, dificuldades de autogerenciamento e reinternações também se aplicam à IC induzida por quimioterapia (COMO JM, 2018; LIU XB, 2019; OSCALICES MIL, 2019), corroborando o papel da LS na compreensão e no manejo das complicações cardiovasculares.

Os materiais educativos complexos e a comunicação inadequada contribuem para erros de medicação, aumentando o risco de eventos adversos, uma preocupação essencial nas terapias cardiotóxicas (PERRIR A, 2022). Os clínicos frequentemente superestimam a compreensão dos pacientes, gerando lacunas de comunicação e aumentando os riscos após a alta hospitalar (CAJITA MI, 2015). Grupos minoritários com menor LS apresentam maiores desigualdades no acesso ao cuidado em cardio-oncologia e piores desfechos clínicos (BOLAJI O, 2025).

Evidências provenientes da oncologia

Na oncologia, a LS inadequada está associada à dificuldade de reconhecer sintomas, à demora na busca por atendimento para confirmação diagnóstica, ao diagnóstico tardio (PETERSEN GS, 2022), à menor adesão ao tratamento, ao absenteísmo em consultas e à menor participação na tomada de decisão (KATZ A, 2017; HUMPHRYS E, 2019; RYMAN C, 2024; ROTHERMEL LD, 2021). Minorias étnicas apresentam níveis mais baixos de LS, contribuindo para diagnóstico tardio e menor sobrevida (BOLAJI O, 2025; GIURCA BC, 2018).

Entre idosos, a LS tende a ser ainda mais comprometida por limitações cognitivas e de numeracia, afetando a compreensão de mensagens preventivas e de orientações clínicas (RUDD RE, 2019). A navegação no cuidado oncológico, que envolve múltiplos serviços, exige compreensão auditiva, escrita e numérica, todas diretamente dependentes da literacia em saúde (MORRIS NS, 2013; MAZOR KM, 2012). Essas limitações, quando aplicadas à cardio-oncologia, representam riscos clínicos substanciais, uma vez que o monitoramento eficaz da cardiotoxicidade depende do reconhecimento precoce de sintomas.

Demandas específicas da cardio-oncologia

O perfil dos pacientes em cardio-oncologia reúne múltiplos fatores de vulnerabilidade, como idade avançada, comorbidades, sobrecarga emocional, polifarmácia e a necessidade de transitar entre diferentes serviços e equipes especializadas. Esses elementos são descritos tanto na literatura sobre cardiotoxicidade, que detalha riscos associados à terapia (MOSS LS, 2009) e a IC induzida por quimioterapia (LIMA MT, 2024), quanto em estudos que discutem disparidades raciais e socioeconômicas no acesso ao cuidado em cardio-oncologia (BOLAJI O, 2025). Nesse contexto, a LS é um mediador essencial da compreensão do risco cardiovascular, do entendimento das orientações terapêuticas e do reconhecimento precoce de sintomas.

Embora não existam estudos que abordem especificamente a LS na cardio-oncologia de forma estruturada, essa ausência já foi indicada em pesquisas que tratam do tema de maneira indireta, vinculando-o principalmente à educação do paciente e à comunicação sobre toxicidades (MOSS LS, 2009; LIMA MT, 2024). Dessa forma, torna-se necessário recorrer às evidências consolidadas da cardiologia e da oncologia para compreender como a LS influencia o cuidado nesse campo emergente.

Na cardiologia, a baixa LS está associada à pior adesão, à redução do autocuidado, ao reconhecimento tardio de sintomas e à maior mortalidade, especialmente em pacientes com insuficiência cardíaca (TELES M e KAYA S, 2021; OSCALICES MIL, 2019; FABBRI M, 2018). Na oncologia, a LS limitada contribui para atrasos diagnósticos, dificuldades na interpretação de efeitos adversos, menor participação na tomada de decisão e piores desfechos (HUMPHRYS E, 2019). Considerando que os pacientes em cardio-oncologia enfrentam as demandas informacionais combinadas de ambos os campos, a interpretação desses achados é metodologicamente consistente e reforça a necessidade de perspectivas integradas para identificar limitações e orientar a prática clínica.

A partir dessa integração, a baixa LS pode comprometer o reconhecimento precoce dos sinais de cardiotoxicidade, dificultar o monitoramento cardíaco seriado e complicar o manejo da insuficiência cardíaca induzida por quimioterapia (MOSS LS, 2009; LIMA MT, 2024). Os riscos são intensificados entre grupos já vulneráveis, como populações rurais e minorias socioeconomicamente desfavorecidas, que tradicionalmente apresentam menor LS e menor acesso a serviços especializados (BOLAJI O, 2025). A integração desses fatores pode ser sintetizada em um modelo conceitual que relaciona vulnerabilidades, literacia em saúde e desfechos clínicos na cardio-oncologia (**Figura 1**).

Figura 1 - Modelo conceitual da literacia em saúde na cardio-oncologia.



Fonte: Lima MT, et al., 2026.

Instrumentos e intervenções em literacia em saúde

Apesar da existência de instrumentos validados para LS cardiovascular (CHAN RWY, 2020) e de ferramentas específicas para câncer (MAZOR KM, 2012; FRIEDMAN DB, 2008), nenhum dos instrumentos disponíveis aborda os domínios clínicos e educacionais próprios da cardio-oncologia, como a compreensão da cardiotoxicidade, a interpretação de parâmetros cardíacos durante a terapia antineoplásica ou a navegação entre serviços especializados. Essa lacuna metodológica limita a avaliação precisa das necessidades, o planejamento de intervenções e a consolidação de evidências robustas.

Intervenções educativas adaptadas aos níveis de LS, como o uso de linguagem simples, recursos visuais, vídeos explicativos, dramatizações e a técnica do teach-back, têm se mostrado eficazes em diferentes contextos clínicos (RUDD RE, 2019; LOGAN RA, 2020; PERRIR A, 2022). Esses achados reforçam a importância de intervenções centradas na comunicação, em consonância com a teoria da comunicação em saúde e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre LS e responsividade dos sistemas de saúde.

Além disso, estratégias centradas no paciente, incluindo o apoio de cuidadores e adaptações culturais, podem ampliar o engajamento, reduzir barreiras organizacionais e fortalecer a autonomia e a segurança no cuidado. Nesse contexto, a incorporação da LS como componente estruturante do cuidado na cardio-

oncologia torna-se fundamental para orientar intervenções e ferramentas adaptadas às necessidades especificas desse campo.

Lacunas científicas e necessidades no campo da cardio-oncologia

Apesar dos avanços na compreensão da cardiotoxicidade, a cardio-oncologia ainda carece de um corpo consolidado de conhecimento sobre literacia em saúde. Persistem lacunas relacionadas à ausência de definições conceituais consistentes, instrumentos específicos de avaliação, estudos longitudinais e modelos de cuidado que integrem explicitamente a literacia em saúde como componente estrutural do cuidado. Fragilidades na comunicação intersetorial, nas transições assistenciais e na navegação entre serviços especializados também permanecem como desafios, potencializando riscos de eventos adversos, dificultando o reconhecimento precoce de sintomas e comprometendo a continuidade do acompanhamento cardiovascular durante e após o tratamento oncológico.

A complexidade terapêutica e a necessidade de monitoramento seriado ampliam as demandas informacionais impostas aos pacientes, evidenciando a importância de abordagens que considerem a literacia em saúde como elemento transversal do cuidado. Barreiras relacionadas à comunicação, ao acesso a informações compreensíveis e à integração entre equipes multiprofissionais podem agravar os riscos clínicos já existentes e limitar a efetividade das estratégias de prevenção e manejo da cardiotoxicidade.

Diante desse cenário, torna-se necessário o desenvolvimento de metodologias de avaliação específicas, intervenções educativas adaptadas e estratégias colaborativas que fortaleçam a comunicação clínica, apoiem a continuidade do cuidado e integrem a literacia em saúde às políticas institucionais, às linhas assistenciais e à formação profissional. A incorporação dessas estratégias apresenta potencial para melhorar a segurança do paciente, favorecer a adesão ao monitoramento e contribuir para a redução de desigualdades nos desfechos clínicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literacia em saúde deve ser reconhecida como um determinante relevante da qualidade do cuidado em cardio-oncologia, pois influencia a compreensão das informações, o reconhecimento de sintomas, a adesão ao monitoramento e o autocuidado, com impacto nos desfechos clínicos. A incorporação de estratégias baseadas em comunicação clara, educação estruturada e acompanhamento contínuo podem reduzir barreiras comunicacionais e favorecer intervenções mais eficazes. Esses aspectos tornam-se importantes em contextos marcados por desigualdades sociais e barreiras de acesso aos serviços de saúde, nos quais níveis limitados de literacia em saúde podem ampliar riscos e comprometer a continuidade do cuidado, reforçando a necessidade de sua integração às práticas assistenciais e às estratégias de organização do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a Naynara Tavares Moreira (in memoriam), mestre em Literatura pela UEFS (BA), por ter instigado em nós o interesse pela compreensão do conceito e da aplicabilidade da literacia em saúde, contribuindo para a realização desta revisão narrativa.

REFERÊNCIAS

1. BOLAJI O, et al. Racial and ethnic disparities in cardio-oncology care. Current Cardiology Reports, 2025; 27: 82.
2. CABELLOS-GARCÍA AC, et al. Relationship between determinants of health, equity, and dimensions of health literacy in patients with cardiovascular disease. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020; 17(6): 2082.
3. CAJITA MI, et al. Health literacy and heart failure: a systematic review. Journal of Cardiovascular Nursing, 2015; 30(2): 121-130.
4. CHAN RWY, et al. A scoping review of health literacy measurement tools in the context of cardiovascular health. Health Literacy Research and Practice, 2020; 4(3): e147-e159.

5. COMO JM. Health literacy and health status in people with chronic heart failure. Clinical Nurse Specialist, 2018; 32(1): 29-42.
6. FABBRI M, et al. Health literacy and outcomes in patients with heart failure: a prospective community study. Mayo Clinic Proceedings, 2018; 93(1): 9-15.
7. FABBRI M, et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. JACC: Heart Failure, 2020; 8(6): 451-460.
8. FRIEDMAN DB, et al. Literacy and health literacy as defined in cancer education research: a systematic review. Health Education Journal, 2008; 67(4): 285-304.
9. GHISI GLM, et al. Health literacy and coronary artery disease: a systematic review. Patient Education and Counseling, 2018; 101(2): 177-184.
10. GIURCA BC, et al. The impact of health literacy on diagnosis and outcomes of symptomatic cancer by ethnicity: a systematic review protocol. Systematic Reviews, 2018; 7(1): 164.
11. HICKEY KT, et al. Low health literacy: implications for managing cardiac patients in practice. Journal of Cardiovascular Nursing, 2018; 33(6): 457-465.
12. HUMPHRYS E, et al. The influence of health literacy on the timely diagnosis of symptomatic cancer: a systematic review. European Journal of Cancer Care, 2019; 28(1): e12920.
13. KATZ A. Health literacy: what do you know? Oncology Nursing Forum, 2017; 44(5): 521-522.
14. KICKBUSCH I, et al. Health literacy: the solid facts. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013.
15. KREPS GL. The relevance of health literacy to patient-centered care and health communication. Journal of Health Communication, 2011; 16(Suppl 3): 1-8.
16. LÉON-GONZÁLEZ R, et al. Health literacy and health outcomes in very old patients with heart failure. Revista Española de Cardiología (English Edition), 2018; 71(3): 178-184.
17. LIMA MA, et al. Health literacy and quality of life in hospitalized heart failure patients: a cross-sectional study. American Journal of Cardiovascular Disease, 2020; 10(4): 490-498.
18. LIMA MT, et al. Insuficiência cardíaca induzida por quimioterapia. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(9): e15998.
19. LIU XB, et al. Health literacy and mortality in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. Research in Gerontological Nursing, 2019; 12(2): 99-108.
20. LOGAN RA, et al. Health literacy in clinical practice and public health: new initiatives and lessons learned at the intersection with other disciplines. IOS Press: Amsterdam, 2020; 3-136.
21. MAGNANI JW, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention. Circulation, 2018; 138(2): e48-e74.
22. MÅRTENSSON L, HENSING G. Health literacy – A heterogeneous phenomenon: A literature review. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2012; 26(1): 151–160.
23. MARZANGI A, et al. Health literacy and its relation to quality of life in people with heart disease. International Journal of Pharmaceutical and Phytopharmacological Research, 2018; 8(3): 25-32.
24. MAZOR KM, et al. Health literacy and cancer prevention: two new instruments to assess comprehension. Patient Education and Counseling, 2012; 88(1): 54-60.
25. MCNAUGHTON CD, et al. Health literacy and mortality: a cohort study of patients hospitalized for acute heart failure, 2015. Journal of the American Heart Association, 2015; 4(5): e001799.
26. MORRIS NS, et al. The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. Journal of Health Communication, 2013; 18(Suppl 1): 223-241.
27. MOSS LS, et al. Trastuzumab-induced cardiotoxicity. Oncology Nursing Forum, 2009; 36(6): 676-685.
28. NUTBEAM D, et al. Health literacy in context. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2018; 15(12): 2657.
29. OSCALICES MIL, et al. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2019; 53: e03447.
30. PARNELL TA, et al. A concept analysis of health literacy. Nursing Forum, 2019; 54(3): 315-327.
31. PERES F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2023; 28: 1563-1573.

32. PERRIN A, et al. Considering health literacy in cardiovascular disease management: a qualitative study on healthcare professionals' and patients' perspectives. BMC Health Services Research, 2022; 22: 1121.
33. PETERSEN GS, et al. Patients' health literacy is associated with timely diagnosis of cancer: a cross-sectional study in Denmark, 2022. European Journal of Cancer Care, 2022; 31(1): e13532.
34. PETERSON PN, et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. JAMA, 2011; 305(16): 1695-1701.
35. RAYNOR DK. Health literacy. BMJ, 2012; 344: e2188.
36. ROTHERMEL LD, et al. Health literacy in surgical oncology patients: an observational study at a comprehensive cancer center. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 2021; 19(12): 1407-1414.
37. RUDD RE. Health literacy: Insights and issues. Studies in Health Technology and Informatics, 2017; 240: 60–78.
38. RUDD RE. Health literacy considerations for a new cancer prevention initiative. Revista Panamericana de Salud Pública, 2019; 43: e56.
39. RYMAN C, et al. Health literacy in cancer care: a systematic review. European Journal of Oncology Nursing, 2024; 70: 102582.
40. SANTESMASES-MASANA R, et al. Health literacy in patients with heart failure treated in primary care. Atención Primaria, 2017; 49(1): 28-34.
41. SCHIAVO R. Health communication: from theory to practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2014; 27-32.
42. SIMONDS SK. Health Education as Social Policy. Health Education Monographs, 1974; 2(1_suppl): 1-10.
43. SØRENSEN K, PLEASANT A. Understanding the conceptual importance of the differences among health literacy definitions. In Logan RA, Siegel ER. Health literacy: new directions in research, theory and practice. IOS Press: Amsterdam, 2017; 3-14.
44. STREET RL Jr, et al. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns, 2009; 74(3): 295-301.
45. TELES M, KAYA S. Health literacy of cardiology patients: determinants and effects on patient outcomes. Social Work in Health Care, 2021; 60(10): 656-673.