

Impacto da desinformação na adesão ao tratamento das principais doenças crônicas

Impact of misinformation on adherence to treatment of major chronic diseases

Maria Eduarda da Silva Cunha , Gabriel Alves Desiderio ,
Emmanuel de Souza Lima , Maria Mayamba Mbala ,
Larissa Deadame de Figueiredo Nicolete 

RESUMO

Objetivo: Investigar como a desinformação influencia a percepção e a adesão ao tratamento medicamentoso de diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias em adultos e idosos residentes na região do Maciço do Baturité, Ceará, Brasil. **Método:** Estudo transversal que incluiu 281 participantes, recrutados em unidades de saúde de Redenção e Acarape. Os dados foram coletados por questionários presenciais, codificados no Microsoft Excel® 365 e analisados no IBM SPSS versão 20.0, utilizando estatísticas descritivas e inferenciais (teste exato de Fisher, V de Cramer) para avaliar associações entre variáveis sociodemográficas, de saúde e de exposição à desinformação. **Resultados:** Dos 281 participantes, 49,1% buscaram informações sobre comorbidades na internet/redes sociais, com adultos mais jovens (30-69 anos) mostrando maior tendência ($p < 0,0001$). Mulheres apresentaram maior uso de medicamentos ($p = 0,0387$) e propensão a terapias alternativas ($p = 0,004$). Católicos (64,8%) relataram maior exposição a notícias falsas ($p = 0,017$) e tratamentos milagrosos ($p = 0,039$) em comparação aos protestantes (27,0%). Ao todo, 21,7% relataram exposição a notícias falsas, 35,6% a tratamentos milagrosos, e 82,6% acreditam que desinformações afetam decisões de tratamento. **Conclusão:** A desinformação impacta a percepção do tratamento de DCNT, com adultos mais jovens, mulheres e católicos mostrando maior vulnerabilidade a notícias falsas, em inglês *fake news*. Estratégias de educação em saúde adaptadas às diferenças etárias, de gênero, religiosas e socioeconômicas, com ênfase em populações de baixa escolaridade e renda, são essenciais para promover a adesão a tratamentos baseados em evidências.

Palavras-Chave: Desinformação; Adesão ao tratamento; Doenças crônicas

^I Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira , Redenção, CE, Brasil

^{II} Universidade Federal do Ceará , Fortaleza, CE, Brasil

*Autor correspondente:

Larissa Nicolete
Doutora em Biologia Experimental

Endereço para correspondência:
larissanicolete@unilab.edu.br

Como citar esse artigo:

Cunha MES, Desiderio GA, Lima ES, Mlab MM, Nicolete LDF. Impacto da desinformação na adesão ao tratamento das principais doenças crônicas. Revista Saúde (Sta. Maria). [Internet]. 2026; 52, e93930. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/93930> Acesso em: XX/XX/20XX

ABSTRACT

Objective: To investigate how misinformation influences the perception and adherence to pharmacological treatment for diabetes, arterial hypertension, and dyslipidemias among adults and older adults in the Maciço do Baturité region, Ceará, Brazil, through a cross-sectional study. **Methods:** The study included 281 participants recruited from health units in Redenção and Acarape. Data were collected via face-to-face questionnaires, coded in Microsoft Excel® 365, and analyzed using IBM SPSS version 20.0. Descriptive and inferential statistics (Fisher's exact test, Cramer's V) were employed to assess associations between sociodemographic, health, and misinformation exposure variables. **Results:** Of the 281 participants, 49.1% sought information about comorbidities on the internet/social media, with younger adults (30–69 years) showing a higher tendency ($p < 0.0001$). Women exhibited greater medication use ($p = 0.0387$) and inclination toward alternative therapies ($p = 0.004$). Catholics (64.8%) reported higher exposure to misinformation ($p = 0.017$) and miracle cures ($p = 0.039$) compared to Protestants (27.0%). Overall, 21.7% reported exposure to misinformation, 35.6% to miracle cures, and 82.6% believed misinformation affects treatment decisions. **Conclusion:** Misinformation impacts the perception of NCD treatment, with younger adults, women, and Catholics showing greater vulnerability to fake news. Health education strategies tailored to age, gender, religious, and socioeconomic differences, particularly for populations with low education and income, are essential to promote adherence to evidence-based treatments.

Keywords: Disinformation; Treatment adherence; Chronic diseases

INTRODUÇÃO

Em um mundo cada vez mais informatizado e conectado via internet, somos bombardeados todos os dias com uma quantidade imensurável de informações. A internet contribui para o compartilhamento de links e notícias, fazendo qualquer fato, verdadeiro ou falso, transformar-se em algo grandioso em questão de segundos. Nesse sentido, a internet, sobretudo as redes sociais, também abrem espaço para a criação de notícias sem consulta ou checagem de fontes, que muitas vezes são falsas e acabam por se propagar em uma velocidade descomunal.¹

Algumas dessas notícias falsas, também conhecidas pelo termo em inglês *fake news*, envolvem mensagens que propagam falsas curas (alimentos, tratamentos e remédios milagrosos) para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Essas doenças, normalmente, têm desenvolvimento lento; porém, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo. São uma das principais causas de mortalidade e morbidade no Brasil², como a hipertensão, diabetes e as dislipidemias, entre outras.³ Tais conteúdos desinformativos, principalmente para essas doenças, têm o potencial de comprometer a compreensão de evidências científicas, fragilizar a adesão a protocolos terapêuticos e, consequentemente, produzir desfechos adversos em nível individual e coletivo.⁴

No campo da saúde, as *fakes news* se configuram como fator de risco emergente,

capaz de minar a efetividade das estratégias de prevenção, promoção e controle de agravos. A propagação de narrativas enganosas acerca de terapias alternativas, supostos riscos de medicamentos e alegadas “curas milagrosas” coloca em evidência a vulnerabilidade da população diante da desinformação.⁵ Esse quadro é agravado pelo ambiente digital, no qual a velocidade de circulação das informações supera a capacidade de checagem e validação científica, instaurando um cenário de crise de confiança nas instituições de saúde e nos profissionais.⁶

Sabe-se que manejo clínico das DCNTs como diabetes, hipertensão e dislipidemias é amplamente estabelecido em diretrizes nacionais e internacionais, que enfatizam a importância do acompanhamento contínuo, da adesão terapêutica e da modificação de hábitos de vida.⁷⁻⁸ Entretanto, a disseminação de informações falsas fragiliza esse processo, ao apresentar soluções simplistas e não comprovadas que contrastam com a complexidade real do tratamento.

Sem a adesão correta do usuário, a situação pode culminar para o agravamento de condições clínicas, resultante da falta de adesão a tratamentos adequados ou atraso no diagnóstico. Leva, ainda, a um aumento na demanda por atendimentos mais complexos, o que eleva os custos e sobrecarrega os serviços públicos e privados. No Brasil, onde as doenças crônicas já impõem um grande custo ao Sistema Único de Saúde (SUS), o impacto das *fake news* se apresenta como um obstáculo extra às estratégias de promoção da saúde.⁶

Com isso, é fundamental entender como as pessoas percebem e interagem com as informações sobre diabetes, hipertensão e dislipidemias. Analisar as concepções, dúvidas e interpretações relacionadas às notícias falsas ajuda a identificar as fragilidades no acesso e na compreensão das informações de saúde. Além disso, indica caminhos para fortalecer a educação em saúde e desenvolver estratégias eficazes para combater a desinformação. Assim, o estudo das *fake news* associadas a essas condições não transmissíveis vai além da simples constatação de sua existência, constituindo-se como um campo essencial de pesquisa para a promoção da saúde pública.

Este estudo buscou explorar a relação entre desinformação e o manejo de comorbidades. Primeiramente, postula-se que a exposição a desinformações em redes sociais está associada a uma maior propensão a buscar tratamentos alternativos, devido à disseminação de narrativas sobre curas não baseadas em evidências. Em segundo lugar, assume-se que fatores sociodemográficos, como idade, sexo e escolaridade, influenciam a suscetibilidade à desinformação. Por fim, presume-se que a participação em atividades religiosas pode influenciar no discernimento de informações, com a religião podendo atuar tanto como espaço de acolhimento quanto como canal de vulnerabilidade frente à

disseminação de fake news em saúde.

Portanto, o objetivo deste estudo é investigar como a desinformação influencia a percepção e a adesão ao tratamento medicamentoso de diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias em adultos e idosos residentes na região do Maciço do Baturité, Ceará, Brasil.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Estudo transversal realizado de setembro de 2024 a agosto de 2025. O recorte utilizado foi como o tratamento medicamentoso do diabetes, da hipertensão arterial e das dislipidemias pode ser afetado pela desinformação. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados estruturado, aplicado em 281 adultos, com mais de 18 anos, moradores dos municípios de Redenção e Acarape, no estado do Ceará.

Coleta de dados

Os participantes foram recrutados em hospitais, centros de saúde e farmácias dos municípios de Redenção e Acarape, sendo abordados por entrevistadores treinados nas salas de espera das instituições de saúde, enquanto aguardavam consultas médicas, de enfermagem ou farmacêuticas. Nessa ocasião, o objetivo do estudo foi explicado, e a participação foi solicitada e após o consentimento, questionários presenciais foram aplicados. Quando solicitado, em casos de participantes não alfabetizados ou com deficiência visual, os entrevistadores leram as perguntas e opções de resposta em voz alta. Foram excluídos indivíduos com menos de 18 anos, pessoas com incapacidade cognitiva que impedisse a resposta ao questionário (avaliada por equipe médica) e os que não apresentavam nenhuma das doenças crônicas não transmissíveis estudadas (diabetes, hipertensão arterial ou dislipidemias).

Cálculo amostral

Com base nos dados do Censo 2022 (IBGE, 2022), a população adulta dos municípios de Acarape (9.719) e Redenção (19.334) totaliza 29.053 indivíduos. Para estimar o tamanho da amostra necessário para uma pesquisa com intervalo de confiança de 95% ($Z = 1,96$), proporção esperada de adultos que acreditam em fake news de 20% ($p = 0,2$) e margem de erro de 5% ($e = 0,05$), utilizou-se a fórmula:

$$\frac{n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Substituindo os valores, obteve-se um tamanho mínimo de amostra de aproximadamente 244 adultos, sendo incluídos 37 para ajustar possíveis perdas. Esse valor é uma estimativa inicial, sendo recomendável considerar ajustes com base na taxa de resposta esperada e na variabilidade populacional. Além disso, foi considerada a hipótese de que, pessoas que possuem essas comorbidades e não fazem acompanhamento médico ou farmacêutico, ou não fazem uso de algum tipo de tratamento medicamentoso, não costumam buscar esses estabelecimentos de saúde.

Variáveis e minimização dos vieses

Para avaliar o impacto da desinformação sobre diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias na percepção e no tratamento medicamentoso de adultos e idosos, foi realizado um treinamento com os entrevistadores para aplicação do instrumento.

Selecionamos um conjunto de variáveis sociodemográficas, de saúde e de exposição a informações/desinformações. As variáveis sociodemográficas incluíram: idade (categorizada em “18 a 29 anos”, “30 a 49 anos”, “50 a 69 anos”, “70 anos ou mais”), para avaliar diferenças etárias; sexo (“Feminino”, “Masculino”), para explorar diferenças de gênero; escolaridade (categorizada em “Fundamental incompleto”, “Fundamental completo”, “Ensino médio incompleto”, “Ensino médio completo”, «Ensino superior incompleto», «Ensino superior completo»), para analisar o impacto do nível educacional; cor autodeclarada («Branca», «Preta», «Parda»), para contextualizar a composição étnico-racial; religião/crença e frequência de participação religiosa (categorizada por “Pelo menos 1x por semana”, “Pelo menos 1x por mês”, “Pelo menos 1x por ano”, “Não frequento”), para explorar religiosidade ativa; e renda familiar (categorizada em “Até 1 salário mínimo”, “Mais de 2 salários mínimos”, “Mais de 4 salários mínimos”, “Não sei ou prefiro não responder”), para caracterizar o perfil socioeconômico.

As variáveis de saúde abrangeram o uso de medicamentos para essas comorbidades, a adesão terapêutica, a consideração de substituição de medicamentos prescritos, a propensão de trocar por tratamentos alternativos ou se já foram internados por conta dessas comorbidades (sendo categorizado em “Sim”, “Não”, “Não sei” ou “Não lembro”). O entrevistador foi cuidadoso para identificar viés de resposta, com alguns participantes podendo omitir hábitos nocivos e/ou mentindo sobre hábitos saudáveis.

Outra variável considerou a fonte de aquisição de medicamentos (categorizada em

“Farmácia do Posto de Saúde (SUS)”, “Programa Farmácia Popular”, “Compra própria de medicamentos prescritos”, “Compra própria na internet”, “Terapias não medicamentosas”). As variáveis de exposição a informações incluíram: busca de informações na internet/redes sociais, encontro com notícias falsas ou tratamentos milagrosos, confiança em profissionais de saúde não médicos e em fontes não profissionais, como redes sociais e percepção sobre a influência de desinformações nas decisões de tratamento (categorizado em “Sim”, “Não”, “Não lembro”); e quais são as fontes que os participantes mais usam para buscar informações (Categorizado em “Redes sociais”, “Profissionais de saúde”, “YouTube”, “Rádio/TV”, “Sites na internet”, “Outras pessoas”, “Não me informo”) para quantificar exposição e crenças relacionadas à desinformação.

Análise dos dados

As respostas das entrevistas foram codificadas conforme categorias de análise pré-estabelecidas, por exemplo, identificando quem acredita na veracidade das informações sobre hipertensão e quem não acredita, sendo realizada uma contagem das ocorrências de cada categoria para determinar a frequência de cada tópico nas entrevistas. Após a contagem, os resultados foram interpretados e analisadas as tendências, padrões, variações e relações entre as categorias.

Os dados foram organizados e codificados no software Microsoft Excel® 365 e analisados no pacote IBM Statistical Package for the Social Science versão 20.0 por meio de frequências descritivas e associações. As associações entre as variáveis, por sua vez, foram examinadas por meio do teste exato de Fisher apropriado para tabelas de contingência com baixas contagens. A força da associação foi avaliada por meio do coeficiente V de Cramer, que varia entre 0 e 1, sendo valores mais próximos de 1 indicativos de associações mais fortes entre as variáveis analisadas. A significância estatística foi estabelecida considerando-se $p\text{-valor} < 0,05$ (*) e $< 0,001$. Após análise de conteúdo são destacados os principais achados da pesquisa.

Aspectos Éticos

Todos os procedimentos éticos foram seguidos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado sob o número CAAE: 84652824.2.0000.5576, com os participantes assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando o

uso de seus dados clínicos e epidemiológicos para fins de pesquisa.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos da pesquisa

Foram coletados 281 questionários completos pelos usuários, o que resultou em um número total de 281 respostas para serem utilizadas nas análises estatísticas que foram realizadas. Fatores como idade, gênero, aspectos da saúde e de exposição a notícias falsas foram avaliados para compreender a influência dessas variáveis na percepção dos adultos acerca das desinformações sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como a diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias e seu impacto no tratamento medicamentoso.

A Tabela 1 traz os aspectos sociodemográficos dos entrevistados, permitindo a compreensão do contexto social, econômico e cultural dos participantes.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Variáveis		N	%
Comorbidade	Hipertensão	133	47,3
	Diabetes	103	36,7
	Dislipidemias	45	16,0
	Total	281	100,0
Idade	18 a 29 anos	20	7,1
	30 a 49 anos	63	22,4
	50 a 69 anos	131	46,6
	70 anos ou mais	67	23,8
	Total	281	100,0
Sexo	Feminino	161	57,3
	Masculino	120	42,7
	Total	281	100,0

Continua...

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Variáveis		N	%
Escolaridade	Fundamental incompleto	127	45,2
	Fundamental completo	49	17,4
	Ensino médio incompleto	71	25,3
	Ensino médio completo	11	3,9
	Ensino superior incompleto	12	4,3
	Ensino superior completo	11	3,9
Total		281	100,0
Cor	Branca	11	3,9
	Preta	12	4,3
	Parda	258	91,8
	Total	281	100,0
Religião/crença	Católica	182	64,8
	Evangélica/Protestante	76	27,0
	Espírita	2	0,7
	Umbanda	1	0,4
	Testemunha de Jeová	11	3,9
	Não tenho religião/crença	8	2,8
	Prefiro não informar	1	0,4
Se possui religião/crença, qual frequência participação	Pelo menos 1x por semana	148	52,7
	Pelo menos 1x por mês	46	16,4
	Pelo menos 1x por ano	8	2,8
	Não frequente	79	28,1
Renda	Até 1 salário-mínimo (R\$ 1.412,00)	181	64,4
	Mais de 2 salários-mínimos (R\$ 1.412,00 a R\$ 2.900,00)	86	30,6
	Mais de 4 salários-mínimos	2	0,7
	Não sei ou prefiro não reponder	12	4,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Conclusão.

Os dados inicialmente revelam qual das DCNTs aparece como predominante (hipertensão arterial (47,3%), diabetes (36,7%) e dislipidemias (16,0%)) e o perfil de pacientes com essas comorbidades na região, fatores que podem ser considerados os principais alvos de futuras intervenções em saúde. A maioria dos participantes está na faixa dos 50 aos 69

anos (46,6%), com um grupo significativo de 70 anos ou mais (23,8%), demonstrando que com o avançar da idade, as pessoas vão se tornando frequentemente mais suscetíveis a complicações de saúde. A amostra apresenta uma maioria feminina (57,3%), confirmando que mulheres tendem a buscar mais os serviços de saúde, algo frequentemente observado em alguns estudos epidemiológicos. A escolaridade é majoritariamente baixa, com 45,2% dos participantes possuindo apenas o ensino fundamental incompleto, e a renda familiar, concentrada em até um salário-mínimo (64,4%), demonstrando um contexto de vulnerabilidade econômica. A cor autodeclarada parda (91,8%) reflete a composição racial da região, enquanto a forte presença do catolicismo (64,8%) e a participação regular em atividades religiosas (52,7% vão ao menos uma vez por semana) sugerem que crenças culturais podem influenciar atitudes em relação à saúde e ao tratamento.

Faixa etária e susceptibilidade a desinformação

A Tabela 2 reflete a forma como indivíduos de diferentes faixas etárias expõem às informações sobre suas doenças e como lidam com possíveis *fake news*.

Tabela 2 – Aspectos de exposição a notícias dos participantes da pesquisa por faixa etária.

Variáveis	Idade								Exato de Fisher (p-valor)	V de Cramer	
	18 a 29 anos		30 a 49 anos		50 a 69 anos		70 anos ou mais				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Busca ou já buscou informações sobre as comorbidades na Internet ou em redes sociais?	Sim	15	5,3	49	17,4	67	23,8	7	2,5	0,000**	0,421
	Não	2	0,7	14	5,0	63	64,8	60	21,4		
	Não lembro	3	1,1	-	-	1	0,4	67	23,8		

Continua...

Tabela 2 – Aspectos de exposição a notícias dos participantes da pesquisa por faixa etária.

Variáveis	Idade								Exato de Fisher (p-valor)	V de Cramer	
	18 a 29 anos		30 a 49 anos		50 a 69 anos		70 anos ou mais				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Onde costuma se informar sobre as comorbidades?	Redes sociais (Instagram, Whatsapp, Facebook, Twitter)	5	1,8	14	5,0	30	10,7	2	0,7	0,000**	0,272
	Profissionais de saúde (Agentes de saúde, médicos, farmacêuticos, enfermeiros)	7	2,5	14	5,0	34	12,1	14	5,0		
	Youtube	2	0,7	3	1,1	5	1,8	1	0,4		
	Radio/TV	-	-	1	0,4	9	3,2	13	4,6		
	Sites na internet	3	1,1	15	5,3	9	3,2	2	0,7		
	Por outras pessoas (amigos, vizinhos, família)	-	-	11	3,9	29	10,3	27	9,6		
	Não me informo	3	1,1	5	1,8	15	5,3	8	2,8		
Já se deparou com notícias falsas relacionadas às comorbidades (doença ou tratamento)?	Sim	5	1,8	17	6,0	32	11,4	7	2,5	0,031*	0,151
	Não	8	2,8	29	10,3	77	27,4	45	16,0		
	Não lembro	7	2,5	17	6,0	22	7,8	15	5,3		
Confia em informações sobre as comorbidades vindas de profissionais de saúde que não são médicos?	Sim	16	5,7	57	20,3	101	35,9	29	10,3	0,000**	0,281
	Não	4	1,4	5	1,8	29	10,3	38	13,5		
	Não sei	-	-	1	0,4	1	0,4	-	-		
Confia em informações sobre as comorbidades vindas de fontes não profissionais, como redes sociais?	Sim	5	1,8	28	10,0	51	18,1	6	2,1	0,000**	0,301
	Não	11	3,9	22	7,8	67	23,8	61	21,7		
	Não sei	4	1,4	13	4,6	13	4,6	-	-		

Continuação...

Tabela 2 – Aspectos de exposição a notícias dos participantes da pesquisa por faixa etária.

Variáveis	Idade								Exato de Fisher (p-valor)	V de Cramer	
	18 a 29 anos		30 a 49 anos		50 a 69 anos		70 anos ou mais				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Acredita que informações falsas sobre as comorbidades podem influenciar as decisões de tratamento das pessoas?	Sim	16	5,7	53	18,9	108	38,4	55	19,6	0,866	0,064
	Não	2	0,7	4	1,4	10	3,6	8	2,8		
	Não sei	2	0,7	6	2,1	13	4,6	4	1,4		
Já foi internado no hospital por causa das comorbidades?	Sim	1	0,4	8	2,8	26	9,3	11	3,9	0,336	0,114
	Não	19	6,8	55	19,6	105	37,4	56	19,9		
Já encontrou notícias ou informações falsas sobre tratamentos milagrosos para tais comorbidades na internet?	Sim	9	3,2	29	10,3	53	18,9	9	3,2	0,000**	0,220
	Não	10	3,6	27	9,6	72	25,6	56	19,9		
	Não sei	1	0,4	7	2,5	6	2,1	2	0,7		

Nota: *Resultado estatisticamente significativo (p-valor<0,05). **Resultado estatisticamente significativo (p-valor<0,00001)

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

Conclusão.

A análise resultou em diferenças significativas no comportamento informacional. Participantes entre 50 a 69 anos apresentaram maior tendência a buscar informações online (23,8% contra 5,3% dos que têm entre 18 a 29 anos e 2,5% dos que têm 70 anos ou mais; $p<0,0001$, $V=0,421$), indicando que adultos mais jovens estão utilizando mais redes sociais e sites na internet para se informar sobre suas comorbidades, enquanto os indivíduos acima de 70 anos mostram menor confiança nessas fontes ($p<0,0001$, $V=0,301$). Essa diferença pode sugerir que pessoas nessa faixa etária em regiões mais rurais estão menos imersos no meio digital devido a fatores como baixa escolaridade ou dificuldade de acompanhar o constante fluxo de informações.

A exposição a notícias falsas e tratamentos milagrosos também varia por idade ($p=0,031$ e $p<0,0001$, respectivamente), com força de associação moderada ($V=0,151-0,301$), indicando maior vulnerabilidade digital também entre os adultos mais jovens (30 a 49 anos -10% e 50 a 69 anos -18,1%). Esses dados podem sugerir também que, se os indivíduos nessa faixa se informam mais em fontes como redes sociais e internet, os algoritmos envolvidos

nessas ferramentas os expõe a mais informações relacionadas a sua pesquisa, incluindo notícias falsas, deixando-os vulneráveis à dificuldade de percepção sobre a veracidade das informações. A crença de que desinformações afetam decisões de tratamento, no entanto, não varia significativamente com a idade ($p=0,866$), sugerindo uma preocupação comum a todas as faixas etárias. E apesar de um valor de p também não significativo ($p=0,336$) no número de internações por causa das comorbidades, 9,3% dos adultos entre 50 e 69 anos afirmaram ter passado por essa experiência, sugerindo uma forte relação com as variáveis mais significativas.

Diferenças no comportamento de adesão ao tratamento medicamentoso entre homens e mulheres.

A Tabela 3 apresenta a diferença no comportamento de adesão ao tratamento medicamentoso entre os sexos.

Tabela 3 – Aspectos da saúde dos participantes da pesquisa por sexo.

Variáveis	Sexo					Exato de Fisher (p-valor)	V de Cramer
	Feminino		Masculino				
	N	%	N	%			
Paciente com comorbidade em uso de medicamento?	Sim	148	52,7	100	35,6	0,0387*	0,132
	Não	13	4,6	20	7,1		
Se possui comorbidade, já considerou trocar os remédios que seu médico passa por outro tratamento?	Sim	49	17,4	22	7,8	0,004**	0,189
	Não	112	39,9	94	33,5		
	Não lembro	0	0,0	4	1,4		
Se sim, onde são adquiridos os medicamentos?	Farmácia do Posto de Saúde (SUS)	107	38,1	69	24,6	0,1324	0,171
	Programa Farmácia Popular	8	2,8	5	1,8		
	Compra própria de medicamentos prescritos	31	11,0	25	8,9		
	Compra própria na internet	0	0,0	3	1,1		
	Tratamento das comorbidades com terapias não medicamentosas (chás, farinhas..)	15	5,4	18	6,4		

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

Nota: *Resultado estatisticamente significativo ($p\text{-valor}<0,05$). **Resultado estatisticamente significativo ($p\text{-valor}<0,01$)

A partir dos resultados da análise verificou-se uma diferença estatisticamente significativa com mulheres relatando um maior uso de medicamentos do que os homens (52,7% contra 35,6% dos homens; $p=0,0387$, $V=0,132$). A análise também é significativa quando as mulheres aparecem como as que mais consideram trocar seus medicamentos prescritos por outros tratamentos (17,4% contra 7,8%; $p=0,004$, $V=0,189$), e embora as fontes de aquisição de medicamentos não apresentem diferenças significativas entre os gêneros ($p=0,1324$) a maior procura por medicamentos no SUS reforça o papel crucial do sistema público. Os resultados podem sugerir que a predominância feminina no uso de medicamentos pode estar associada a fatores biológicos, como maior incidência de hipertensão em mulheres após a menopausa, ou a fatores sociais, como maior atenção ao autocuidado, resultando em mais diagnósticos e prescrições. Já a sua preferência por terapias alternativas pode tanto estar enraizada na confiança em saberes e práticas culturais, um comportamento comum entre mulheres de comunidades de baixa renda, frustrações com efeitos colaterais ou menor confiança devido a exposição a desinformação.

Religiosidade e a percepção da desinformação

A Tabela 4 apresenta a relação entre religião e a exposição as informações sobre as comorbidades.

Tabela 4 - Aspectos de exposição a notícias dos participantes da pesquisa por religião.

Variáveis		Religião										Exato de Fisher (p-valor)	V de Cramer
		Católica		Protestante		Testemunha de Jeová		Não tenho religião/crença		Prefiro não informar			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Busca ou já buscou informações sobre as comorbidades na Internet ou em redes sociais?	Sim	68	24,2	57	20,3	6	2,1	6	2,1	0	0,0	0,000**	0,250
	Não	111	39,5	18	6,4	5	1,8	2	0,7	1	0,4		
	Não lembro	3	1,1	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Onde costuma se informar sobre as comorbidades?	Redes sociais	25	8,9	22	7,8	1	0,4	2	0,7	0	0,0	0,000**	0,178
	Profissionais de saúde	48	17,1	14	5,0	5	1,8	1	0,4	0	0,0		
	Youtube	3	1,1	8	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Radio/TV	21	7,5	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

Continua...

Tabela 4 - Aspectos de exposição a notícias dos participantes da pesquisa por religião.

Variáveis		Religião										Exato de Fisher (p-valor)	V de Cramer
		Católica		Protestante		Testemunha de Jeová		Não tenho religião/crença		Prefiro não informar			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Onde costuma se informar sobre as comorbidades?	Sites na internet	14	5,0	11	3,9	1	0,4	3	1,1	0	0,0	0,000**	0,178
	Por outras pessoas	50	17,8	12	4,3	3	1,1	1	0,4	1	0,4		
	Não me informo	21	7,5	7	2,5	1	0,4	1	0,4	0	0,0		
Já se deparou com notícias falsas relacionadas às comorbidades (doença ou tratamento)?	Sim	36	12,8	21	7,5	3	1,1	1	0,4	0	0,0	0,017*	0,195
	Não	114	40,6	28	10,0	7	2,5	6	2,1	1	0,4		
	Não lembro	32	11,4	27	9,6	1	0,4	1	0,4	0	0,0		
Confia em informações sobre as comorbidades vindas de profissionais de saúde que não são médicos?	Sim	123	43,8	60	21,4	9	3,2	8	2,8	0	0,0	0,033*	0,204
	Não	58	20,6	16	5,7	1	0,4	0	0,0	1	0,4		
	Não sei	1	0,4	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0		
Confia em informações sobre as comorbidades vindas de fontes não profissionais, como redes sociais?	Sim	49	17,4	35	12,5	4	1,4	1	0,4	0	0,0	0,000**	0,234
	Não	121	43,1	28	10,0	4	1,4	5	1,8	1	0,4		
	Não sei	12	4,3	13	4,6	3	1,1	2	0,7	0	0,0		
Acredita que informações falsas sobre as comorbidades podem influenciar as decisões de tratamento das pessoas?	Sim	152	54,1	60	21,4	9	3,2	8	2,8	1	0,4	0,575	0,157
	Não	16	5,7	7	2,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0		
	Não sei	14	5,0	9	3,2	1	0,4	0	0,0	0	0,0		
Já foi internado no hospital por causa das comorbidades?	Sim	29	10,3	16	5,7	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0,178	0,195
	Não	153	54,4	60	21,4	11	3,9	8	2,8	0	0,0		
Já encontrou notícias ou informações falsas sobre tratamentos milagrosos para tais comorbidades na internet?	Sim	54	19,2	37	13,2	4	1,4	4	1,4	0	0,0	0,039*	0,180
	Não	120	42,7	31	11,0	7	2,5	4	1,4	1	0,4		
	Não sei	8	2,8	8	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

Nota: *Resultado estatisticamente significativo (p-valor<0,05). **Resultado estatisticamente significativo (p-valor<0,00001)

Fonte: dados da pesquisa, 2025

Conclusão



A análise revelou diferenças significativas no comportamento informacional por religião. Os católicos, que representam 64,8% da amostra, apresentam maior tendência a buscar informações sobre comorbidades na internet ou redes sociais (24,2% vs. 20,3% dos protestantes; $p < 0,0001$, $V = 0,250$). A exposição a notícias falsas também varia por religião ($p = 0,017$, $V = 0,195$), com católicos relatando maior contato (12,8% vs. 7,5% dos protestantes), possivelmente por maior uso de plataformas digitais, onde algoritmos amplificam conteúdos sensacionalistas, incluindo desinformações. A confiança em profissionais de saúde não médicos é mais alta entre católicos (43,8%) e protestantes (21,4%; $p = 0,033$, $V = 0,204$), porém, a confiança em fontes não profissionais, como redes sociais, é menor entre católicos (43,1% não confiam; $p < 0,0001$, $V = 0,234$). A exposição a tratamentos milagrosos também difere ($p = 0,039$, $V = 0,180$), com católicos relatando maior contato (19,2% dos católicos vs. 13,2% dos protestantes), sugerindo que crenças religiosas podem influenciar a receptividade a narrativas alternativas. A crença no impacto da desinformação nas decisões de tratamento, contudo, não varia significativamente por religião ($p = 0,575$), indicando uma preocupação compartilhada entre os grupos. A taxa de internações por comorbidades, embora sem significância ($p = 0,178$), é ligeiramente mais alta entre católicos (10,3%), sugerindo possíveis desafios na adesão ao tratamento em contextos de alta exposição à desinformação.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a desinformação em saúde representa um fenômeno de grande impacto para indivíduos com doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias. O número de pacientes que já consideraram substituir seus medicamentos prescritos por tratamentos alternativos (25,2%) sugere que as *fake news* e a circulação de desinformações em saúde não apenas alcançam a população, mas interferem de maneira direta no processo de adesão terapêutica. Essa constatação dialoga com os achados de estudo feito na Polônia,⁹ onde utilizaram uma ferramenta de análises de mídias sociais para verificar o número de interações e compartilhamentos em vídeos e notícias sobre saúde e algumas doenças específicas. Dentre elas, doenças crônicas como diabetes e hipertensão, em que os autores identificaram uma ampla disseminação de notícias falsas sobre saúde nas redes sociais, alertando para o risco de práticas prejudiciais à saúde dos pacientes.

A literatura demonstra que a desinformação em saúde se dissemina de maneira ampla e persistente, constituindo um desafio de saúde pública global. As *fake news* em saúde são recorrentes e se concentram especialmente em temas de alta relevância social e médica, como vacinação, drogas, doenças infecciosas, transtornos alimentares e tratamentos

“milagrosos”.¹⁰ O estudo oferece uma caracterização abrangente dos principais tópicos de desinformação sobre saúde e uma descrição de sua prevalência nas principais plataformas de mídia social. Evidencia que esse padrão também se aplica ao contexto das doenças crônicas abordadas neste estudo, como observado entre os participantes que relataram já ter se deparado com informações falsas sobre terapias milagrosas (35,6%). Esses dados reforçam a noção de que, mesmo em doenças não transmissíveis, a desinformação continua exercendo forte influência no comportamento em saúde.

Outro ponto a ser destacado é que mais de 80% dos participantes reconheceram que informações falsas podem influenciar decisões de tratamento. Esse dado revela uma contradição: embora a maioria reconheça o risco das fake news, um número considerável ainda recorre a práticas alternativas ou considera abandonar os tratamentos prescritos. Essa ambivalência já havia sido descrita, ao analisar a circulação de informações sobre o Ebola, apontando que a consciência do risco não necessariamente impede a adoção de práticas influenciadas por desinformação.¹¹

Ao se considerar as análises por faixa etária é possível observar que indivíduos mais jovens foram os que mais recorreram à internet e redes sociais para buscar informações sobre suas comorbidades, enquanto idosos acima de 70 anos confiaram mais em profissionais de saúde. Esse resultado encontra respaldo em um estudo sobre percepções de desinformação em comportamentos de comunicação sobre saúde entre adultos nos EUA mostraram como diferentes faixas etárias possuem percepções distintas sobre o risco e a responsabilidade pela desinformação em saúde.¹² Segundo o estudo, adultos mais velhos relataram maior dificuldade em discernir informações verdadeiras das falsas, enquanto jovens apresentaram maior engajamento, mas também maior suscetibilidade à desinformação.¹²

Outro achado importante, a partir dos resultados, diz respeito à diferença entre os gêneros. As mulheres relataram maior uso de medicamentos prescritos e maior propensão a considerar a substituição do tratamento indicado pelo seu médico por tratamentos alternativos. Isso pode estar relacionado a “cybercondria”,¹³ uma condição mais prevalente entre mulheres, caracterizada pela ansiedade gerada pela busca intensa de informações sobre saúde online. Por outro lado, homens demonstraram maior tendência a compartilhar informações sem checagem prévia, o que potencializa a circulação de *fake news*. Além disso, estudo recente destaca que mulheres e indivíduos mais jovens têm maior probabilidade de engajamento nas redes sociais, aumentando tanto a exposição quanto o risco de disseminação de desinformação.¹⁴⁻¹⁵

Os resultados da pesquisa também mostraram que a religião exerce influência na forma como os participantes buscam e interpretam informações sobre suas comorbidades. Entre

católicos e protestantes, observou-se maior frequência na busca de informações em redes sociais e maior exposição a notícias falsas, incluindo relatos sobre “tratamentos milagrosos”. Ainda, os evangélicos/protestantes apresentaram maior confiança em informações vindas de fontes não profissionais, como redes sociais, quando comparados a outros grupos. Esses achados dialogam com pesquisas brasileiras recentes que apontam como a fé pode ser instrumentalizada no processo de circulação de desinformação. A interação entre religião, política e negacionismo científico fortalece a propagação de informações falsas nas redes digitais.¹⁶ Também, uma pesquisa feita por pesquisadores da UFRJ revela que grupos de WhatsApp ligados a igrejas são usados como meios para circular notícias falsas, reforçando os achados deste estudo, ao revelar que uma grande parcela de fiéis, especialmente evangélicos, está exposta diariamente a conteúdos falsos nesses espaços digitais.¹⁷

O contexto brasileiro merece atenção especial, pois a desinformação em saúde se espalha no país de maneira significativa, impulsionada pela ausência de padrões éticos e normativos, o que amplia a vulnerabilidade da população a conteúdos prejudiciais.¹⁸ Um estudo recente destaca que o ordenamento legal do país não responsabiliza as plataformas digitais de forma eficiente pela disseminação de *fake news* em saúde. Dessa forma, os autores elaboram propostas no campo legislativo para fortalecer a proteção da saúde coletiva por meio da restrição de compartilhamento de informações falsas nas mídias sociais.¹⁹

Apesar das contribuições deste trabalho, algumas limitações devem ser consideradas. O desenho metodológico transversal não permite estabelecer causalidade entre exposição às *fake news* e DCNTs, pois exposição e desfecho são mensurados simultaneamente. Os dados autorrelatados sobre exposição à desinformação e diagnóstico de doenças podem estar sujeitos a viés de memória. Além disso, a generalização dos resultados pode ser limitada, pois os dados foram obtidos em um único município do interior do Ceará, e características locais podem não representar outras populações.²⁰⁻²¹

Este estudo evidenciou a necessidade de políticas públicas e estratégias de educação em saúde mais segmentadas, que considerem as especificidades sociodemográficas da população e que trabalhem os perigos da desinformação, especialmente voltado para doenças crônicas como diabetes, hipertensão e dislipidemias, condições de alta prevalência na população. Essas estratégias precisam partir de uma articulação entre profissionais de saúde, instituições públicas, líderes comunitários e plataformas digitais, para assim fortalecer o acesso à informação de qualidade, promover o letramento em saúde e reverter os efeitos das *fake news* na gestão do tratamento medicamentoso.

CONCLUSÃO

Embora a maioria dos participantes reconheça o potencial nocivo das notícias falsas, ainda existe uma parcela significativa que se deixam influenciar por práticas alternativas ou cogita substituir os medicamentos prescritos, revelando um espaço perigoso de vulnerabilidade frente à desinformação. Fatores como idade, gênero e religiosidade mostraram-se determinantes na forma de exposição e interpretação dessas informações, o que revela que a desinformação não afeta todos os grupos da mesma maneira.

Essas constatações reforçam que o combate às *fake news* em saúde não pode se limitar a estratégias generalistas. É necessário pensar em políticas públicas e ações de educação em saúde que levem em conta as particularidades de cada grupo populacional, aproximando a comunicação científica da realidade cotidiana das pessoas. Além disso, a atuação conjunta de profissionais de saúde, meios de comunicação e instâncias governamentais é essencial para reduzir os danos causados pela desinformação e fortalecer a confiança social nas orientações baseadas em evidências. Por fim, reconhece-se a urgência de ampliar os estudos nessa área, especialmente em contextos brasileiros e voltados para doenças crônicas, de modo a compreender com maior profundidade como as *fake news* se inserem na vida cotidiana dos pacientes e como podem ser combatidas de forma mais eficaz.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Unilab pelo financiamento da pesquisa intitulada “Desvendando o impacto das fake news na diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias: um estudo sobre como a população adulta e idosa percebe a desinformação sobre essas doenças e seu impacto no tratamento medicamentoso”, executada entre 01/09/2024 e 31/08/2025. O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio da concessão de bolsa de Iniciação Científica.

REFERÊNCIAS

1. Guess A, Nagler J, Tucker J. Less than you think: Prevalence and predictors of fake news dissemination on Facebook. *Sci Adv.* 2019 [citado em 20 jul. 2025];5(1) eaau4586. DOI: 10.1126/sciadv.aau4586
2. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011 [citado em 20 jul. 2025];14(4):779–86. DOI: 10.1590/S1809-98232011000400017
3. Petroni MJ. Fake news na área da saúde podem prejudicar a população. São Paulo: Jornal da Universidade de São Paulo. 2018 [citado em 20 jul. 2025]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/fake-news-na-area-da-saude-pode-prejudicar-a-populacao/>

4. Brasil. Ministério da Saúde. Combate à desinformação na área da saúde: uma luta de todos. Brasília: Ministério da Saúde. 2024 [citado em 23 ago. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/noticias/2024/maio/combate-a-desinformacao-na-area-da-saude-uma-luta-de-todos>
5. Melchior C, Oliveira M. Health-related fake news on social media platforms: A systematic literature review. *NewMediaSoc.* 2022[citadoem25jul.2025];24(6):1500-1522. DOI:10.1177/14614448211038762
6. Freire NP, Cunha ICKO, Ximenes Neto FRG, Vargas FL, Santiago BK de A, Lourenção LG. Impactos da infodemia sobre a COVID-19 para profissionais de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2023 [citado em 25 jul. 2025];28(10):3045–56. DOI: 10.1590/1413-812320232810.13902022
7. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. 2025 [citado em 26 jul. 2025]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>
8. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2013 [citado em 26 jul. 2025];101(4):01-22. DOI: 10.5935/abc.2013S010
9. Waszak PM, Kasprzycka-Waszak W, Kubanek A. The spread of medical fake news in social media – The pilot quantitative study. *Health Policy Technol.* [Internet]. 2018 [citado em 10 ago. 2025];7(2):115–8. DOI: 10.1016/j.hlpt.2018.03.002
10. Suarez-Lledo V, Alvarez-Galvez J. Prevalence of Health Misinformation in Social media: a Systematic Review. *J. Med. Internet Res.* 2021 [citado em 10 ago. 2025]; 23(1):e17187. DOI: 10.2196/17187
11. Oyeyemi SO, Gabarron E, Wynn R. Ebola, Twitter, and misinformation: a dangerous combination? *BMJ* [Internet]. 2014 [citado em 10 ago. 2025];349:g6178. DOI: 10.1136/bmj.g6178
12. Gaysynsky A, Senft Everson N, Heley K, Chou WYS. Perceptions of Health Misinformation on Social Media: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Infodemiol.* [Internet]. 2024 [citado em 10 ago. 2025];4:e51127–7. DOI: 10.2196/51127
13. Laato S, Islam AKMN, Islam MN, Whelan E. What drives unverified information sharing and cyberchondria during the COVID-19 pandemic? *Eur. J. Inf. Syst.* [Internet]. 2020 [citado em 10 ago. 2025];29(3):1–18. DOI: 10.1080/0960085X.2020.1770632
14. Galinkala P, Atkinson E, Campos-Castillo C. Age variation among U.S adults in social media experiences and beliefs about who is responsible for reducing health-related falsehoods: Secondary analysis of national survey. *JMIR Aging* [Internet]. 2024 [citado em 13 ago. 2025];7:e56761–1. DOI: 10.2196/56761
15. Chandrasekaran R, Sadiq T M, Moustakas E. Racial and Demographic Disparities in Susceptibility to Health Misinformation on Social Media: A National Survey-Based Analysis. *J Med Internet Res* [Internet]. 2024 [citado em 13 ago. 2025];26. DOI: 10.2196/55086
16. Ribeiro MCMA, Vieira MFD, Ribeiro JPV, Araújo HD. Dinâmicas da desinformação: interações entre política, religião e negação da ciência. *Educ., Esc. Soc.* [Internet]. 2024 [citado em 13 ago. 2025];20(22):1–13. DOI: 10.46551/ees.v20n22a08

17. Brasil de Fato. Grupos da igreja no WhatsApp são usados para disseminar desinformação, revela pesquisa [Internet]. Brasil de Fato. 2021 [citado em 13 ago. 2025]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/08/19/grupos-da-igreja-no-whatsapp-sao-usados-para-disseminar-desinformacao-revela-pesquisa>
18. Fachin J, Araújo NC, Araújo RF. Fake News e desinformação em saúde no Brasil. Asklepion (Rio J.) [Internet]. 2025 [citado em 13 ago. 2025];4(1). DOI: 10.21728/asklepion.2025v4n1e-108
19. Barbuio RC. Fake News na área de saúde: um estudo sobre a disseminação de notícias falsas em redes sociais e a necessidade de adequação da legislação brasileira [Tese]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista [Internet]; 2025 [citado em 13 ago. 2025]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/11449/295885>
20. Figueiredo RG, Patino CM, Ferreira JC. Cross-sectional studies: Understanding applications, Methodological issues, and Valuable Insights. J Bras Pneumol [Internet]. 2025 [citado em 13 jul. 2026];51(1):e20250047. DOI: 10.36416/1806-3756/e20250047
21. Patino CM, Ferreira JC. Internal and external validity: can you apply research study results to your patients? J Bras Pneumol [Internet]. 2018 [citado em 13 jul. 2026];44(3):183. DOI: 10.1590/S1806-37562018000000164

DECLARAÇÕES

Contribuições dos autores

Maria Eduarda da Silva Cunha

Graduanda em Farmácia

<https://orcid.org/0009-0001-6284-4351> • eduardashalom23@gmail.com

Contribuição: coleta e tabulação dos dados, análise estatística e redação do manuscrito.

Gabriel Alves Desiderio

Mestrando em Ciências Farmacêuticas

<https://orcid.org/0000-0002-0337-5110> • gabrieldesiderio@alu.ufc.br

Contribuição: análise estatística e redação do manuscrito

Emmanuel de Souza Lima

Graduando em Farmácia

<https://orcid.org/0000-0002-6882-3420> • emmanuelimas65@gmail.com

Contribuição: coleta e tabulação dos dados e redação do manuscrito

Maria Mayamba Mbala

Graduanda em Enfermagem

<https://orcid.org/0009-0008-6715-7033> • mariamayamba7@gmail.com

Contribuição: coleta e tabulação dos dados e redação do manuscrito

Larissa Deadame de Figueiredo Nicolete

Doutora em Biologia Experimental

<https://orcid.org/0000-0002-4248-6462> • larissanicolete@unilab.edu.br

Contribuição: concepção e delineamento do projeto, análise estatística e revisão crítica do manuscrito



Conflito de Interesse

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos entrando em contato com os autores

Direitos Autorais

Os autores dos artigos publicados pela Revista Saúde (Santa Maria) mantêm os direitos autorais de seus trabalhos e concedem à revista o direito de primeira publicação, sendo o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição (CC BY-NC-SA 4.0), que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista

Verificação de Plágio

A revista mantém a prática de submeter todos os documentos aprovados para publicação à verificação de plágio, utilizando ferramentas específicas, como Turnitin.

Editoras – chefes

Edi Franciele Ries

Valéria Maria Limberger Bayer

Como citar este artigo

Cunha MES, Desiderio GA, Lima ES, Mlab MM, Nicolete LDF. Impacto da desinformação na adesão ao tratamento das principais doenças crônicas. Revista Saúde (Sta. Maria). [Internet]. 2026; 52, e93930. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/93930>
Acesso em: XX/XX/20XX