



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Valor da Literacia em Saúde para a Gestão de uma Instituição de Saúde

Daniela Filipa Lizardo Vermelho

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadoras:

Professora Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado
da Silva, Professora Associada com Agregação,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Mónica Isabel Nobre Rodrigues Correia Maia,
Investigadora ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

setembro, 2025



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Valor da Literacia em Saúde para a Gestão de uma Instituição de Saúde

Daniela Filipa Lizardo Vermelho

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadoras:

Professora Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Associada com Agregação,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Mónica Isabel Nobre Rodrigues Correia Maia,
Investigadora ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

setembro, 2025

Agradecimentos

A concretização desta dissertação não teria sido possível sem o contributo e apoio de várias pessoas e instituições, a quem expresso o meu mais profundo reconhecimento.

Em primeiro lugar, agradeço às minhas orientadoras, Prof. Doutora Rita Espanha e Doutora Mónica Correia, pela orientação científica, pela disponibilidade constante e pelas sugestões valiosas que foram determinantes para a realização deste trabalho.

À Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), deixo um agradecimento especial pela colaboração e abertura à investigação, bem como a todos os utentes que participaram no estudo, cuja disponibilidade e contributo foram essenciais para a concretização deste projeto. Um agradecimento particular à Enfermeira Dulce do Ó, por toda a disponibilidade e atenção.

Agradeço igualmente aos meus colegas e amigos que, de diferentes formas, me incentivaram ao longo deste percurso académico.

Por fim, uma palavra muito especial de gratidão à minha família, pelo apoio incondicional, pela paciência nos momentos de maior exigência e pela confiança que sempre depositaram em mim. Sem o vosso suporte, esta etapa não teria sido possível.

Resumo

A Literacia em Saúde tem-se afirmado, ao longo do tempo, como um campo de investigação em constante evolução, com forte impacto social e económico. A sua relevância decorre da relação direta entre a capacidade de compreender e aplicar informação em saúde e os níveis de qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos.

Conhecer os níveis de literacia em saúde da população é, portanto, um passo crucial para que profissionais e gestores possam conceber estratégias orientadas para melhorar a compreensão dos cuidados em saúde e promover uma gestão mais eficiente e centrada nas necessidades reais da população.

O objetivo deste trabalho é assim avaliar e caracterizar o grau de literacia em saúde dos utentes da Associação Protetora de Diabéticos de Portugal, e avaliar o seu impacto na gestão de serviços e assim desenvolver estratégias de otimização.

Foi utilizado o *European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16)*, na versão portuguesa, juntamente com um questionário com questões para caracterizar o perfil sociodemográfico, os hábitos e conhecimentos de saúde dos respondentes. A amostra deste estudo é constituída por utentes da APDP de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 21 e os 93 anos, perfazendo um total de 174 indivíduos.

Os resultados obtidos indicam que a maioria dos indivíduos apresenta níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos (51,2%) e apenas 5,2% níveis excelentes. Verificou-se também uma correlação, ainda que fraca, entre o grau de escolaridade dos indivíduos e a sua literacia em saúde.

Palavras-chave: Literacia em Saúde; Literacia em Saúde Organizacional; Promoção da saúde; *HLS-EU-Q16*

JEL Classification:

I11 - Análise de Mercados de Saúde

I12 - Comportamento em Saúde

Abstract

Health literacy has established itself over time as a constantly evolving field of research with a significant social and economic impact. Its relevance stems from the direct relationship between the ability to understand and apply health information and individuals' quality of life and well-being.

Understanding the population's health literacy levels is therefore a crucial step for professionals and managers to design strategies aimed at improving their understanding of healthcare and promoting more efficient management focused on the population's real needs.

The objective of this study is to assess and characterize the health literacy level of users of the Portuguese Diabetes Protection Association, assess its impact on service management, and develop optimization strategies.

The Portuguese version of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16) was used, along with a questionnaire with questions to characterize the sociodemographic profile, habits, and health knowledge of respondents. The sample for this study consisted of APDP users of both sexes, aged between 21 and 93, totaling 174 individuals.

The results indicate that most individuals have inadequate or problematic levels of health literacy (51.2%), and only 5.2% have excellent levels. There was also a correlation, although weak, between individuals' level of education and their health literacy.

Keywords: Health Literacy; Organizational Health Literacy; Health promotion; HLS-EU-Q16

JEL Classification:

I11 - *Analysis of Health Care Markets*

I12 - *Health Behavior*

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iii
Abstract	v
Índice de Tabelas	ix
Índice de Figuras	xi
Glossário.....	xiii
1. Introdução.....	1
2. Revisão de Literatura.....	3
2.1. Literacia em contexto amplo	5
2.2. Quadro conceptual	6
2.3. Literacia em Saúde	8
2.3.1 Literacia em Saúde Organizacional	10
2.3.2. Literacia Digital em Saúde	12
2.4. Impacto da Literacia em Saúde nos Resultados em Saúde	15
2.5. Determinantes sociais da saúde	16
3. Metodologia.....	19
3.3. Recolha e tratamento de dados.....	19
4. Análise de Resultados.....	21
4.3. Análise demográfica.....	21
4.4. Assiduidade aos cuidados de saúde.....	23
4.5. Fontes de informação	24
4.6. Índice G-HL16.....	26
4.7. Relação nos Níveis de Literacia em Saúde de acordo com as variáveis demográficas ..	28
5. Discussão	29
6. Conclusões	33

Referências Bibliográficas	35
Anexos.....	41
Anexo A – Questionário aplicado aos utentes da APDP	41
Anexo B – Pedido de autorização para utilização do questionário <i>HLS-EU-PT-Q16</i>.....	49
Anexo C – Parecer da Comissão de Ética da APDP.....	51

Índice de Tabelas

Tabela 1: (3.1) Distribuição das questões presentes no questionário aplicado	19
Tabela 2: (4.1) Relação do grupo etário com o género	21
Tabela 3: (4.2) Grau de escolaridade dos participantes	22
Tabela 4: (4.3) Situação familiar dos participantes	22
Tabela 5: (4.4) Situação laboral dos participantes	23
Tabela 6: (4.5) Assiduidade à toma da medicação	23
Tabela 7: (4.6) Assiduidade aos serviços de saúde no último ano	24
Tabela 8: (4.7) Fontes de informação mais utilizadas pelos participantes	25
Tabela 9: (4.8) Compreensão das informações sobre saúde	26
Tabela 10: (4.9) Relação entre o nível de literacia em saúde e o género	27

Índice de Figuras

Figura 1: (2.1) Modelo conceptual da literacia em saúde	7
Figura 2: (2.2) Os determinantes sociais da saúde	17
Figura 3: (4.1) <i>Boxplot</i> do nível de literacia em saúde dos participantes	27

Glossário

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

HLS-EU-Q16 – European Health Literacy Survey Questionnaire

LS – Literacia em Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UE – União Europeia

1. Introdução

A Literacia em Saúde (LS) é um campo de investigação que tem vindo a ser desenvolvido ao longo das últimas décadas. Esta é uma área de grande interesse, social e económico, uma vez que a compreensão e utilização de informações sobre a saúde são processos essenciais para a tomada de decisões contribuindo para a otimização da qualidade de vida individual e bem-estar da população. A literacia em saúde apresenta desta forma uma relação direta com a qualidade de vida dos indivíduos (Rodrigues, 2018).

A Literacia em Saúde tem vindo a ser identificada, em diversos estudos, como um fator crítico no que toca à prevenção e gestão de diversas doenças, como a obesidade e a diabetes, entre outras (Pignone et al., 2005), (Huizinga et al., 2009).

Atualmente, a diabetes é uma doença com uma prevalência crescente em Portugal. Em 2021, a prevalência estimada na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 14,1%, o que representa um número significativo da população (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023). De assinalar que nestes 14,1% da população, a doença apenas estava diagnosticada em 7,9% dos casos, o que significa que apenas 56% dos indivíduos têm um diagnóstico confirmado. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023).

Em particular, a literacia em saúde apresenta-se como um fator não clínico importante que pode diminuir o risco de eventos adversos na gestão da diabetes. Um grau de literacia em saúde adequado, no contexto da diabetes, é um fator que pode promover a aquisição de diversas competências que são críticas para os pacientes gerirem a sua condição e percorrerem um ambiente de cuidados de saúde (Bailey et al., 2014), por este motivo a literacia em saúde pode contribuir para mitigar riscos e melhorar resultados em saúde destes pacientes. Neste sentido, é importante dotar os indivíduos de conhecimentos e competências que lhes permitam compreender a importância de aspetos como a manutenção da qualidade de vida, dos cuidados de saúde e ainda da adesão à terapêutica e agir sobre estes fatores. Assim sendo, torna-se pertinente a realização deste estudo numa instituição como a APDP, de maneira a avaliar a literacia em saúde destes indivíduos.

É igualmente importante desenhar as estratégias mais adaptadas a estas populações, com o fim de gerar um impacto positivo na gestão dos serviços e das instituições. Os serviços de saúde nem sempre dão uma resposta eficaz às questões da baixa literacia dos utentes, o que leva a uma falta de envolvimento dos mesmos na tomada de decisões ou na adesão à terapêutica (Farmanova et al., 2018). De acordo com Sørensen, 30-65% da população enfrentam problemas associados a limitações na literacia em saúde, o que pode levar a desigualdades para os utentes e a fracos indicadores económicos nos cuidados de saúde (Sørensen, 2018).

Posto isto, é importante compreender os níveis de literacia dos utentes de unidades de serviços de saúde para que seja possível aos profissionais de saúde e gestores desenvolverem estratégias que ajudem os utentes na compreensão da sua situação de saúde e, assim, aumentar a eficiência da gestão do serviço.

Este trabalho de investigação pretende avaliar e caracterizar o grau de literacia em saúde dos utentes de uma instituição de saúde, neste caso a Associação Protetora de Diabéticos de Portugal, e equacionar o seu impacto na gestão de serviços e assim desenvolver estratégias de otimização.

Para responder à questão de investigação – de que forma a melhoria do nível de literacia em saúde tem impacto na eficácia da gestão de serviços de saúde – será utilizado o *European Health Literacy Survey Questionnaire (hls-eu-q16)*, na versão portuguesa (Pedro et al., 2023), como base. Para além deste instrumento será também realizado um breve questionário com questões sociodemográficas, bem como um módulo específico com perguntas direcionadas para a população alvo, neste caso para os utentes da APDP, de forma a caracterizar a população envolvida no estudo.

Neste primeiro capítulo deste trabalho é apresentada uma pequena introdução que visa fazer um enquadramento e posicionamento sobre a temática e a sua relevância. No segundo capítulo apresenta-se uma revisão de literatura sobre a Literacia em Saúde, abordando os conceitos de literacia em saúde organizacional e literacia em saúde digital, bem como sobre o seu quadro conceptual. Segue-se o terceiro capítulo, que descreve a metodologia que é utilizada neste estudo. No quarto capítulo surgem os principais resultados e no quinto capítulo a discussão dos mesmos, de acordo com toda a evidência científica pesquisada. Por fim, no último capítulo surgem as principais conclusões de todo este estudo.

2. Revisão de Literatura

A sociedade atual enfrenta um paradoxo na tomada de decisões em saúde. As pessoas são cada vez mais desafiadas a adotar estilos de vida saudáveis e a gerir as suas decisões relacionadas com saúde através de sistemas de cuidados de saúde cada vez mais complexos (Kickbusch et al., 2013). No entanto, estes sistemas de saúde atuais são difíceis de navegar e o sistema de ensino não consegue chegar a toda a população de maneira a proporcionar as competências necessárias que permitam utilizar as informações essenciais para melhorar a saúde (Kickbusch et al., 2013), situação que é agravada pela própria sociedade, que promove comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis.

Face às crises globais e mudanças epidemiológicas enfrentadas, o mundo está atualmente a compreender de forma única a importância da comunicação no que toca a assuntos relacionados com a saúde (Nock et al., 2023). Impõe-se assim que sejam criadas as condições para melhorar a compreensão e a capacidade de aplicação das informações em saúde, tanto a nível individual, quanto a nível coletivo, como foi possível observar durante a recente pandemia da COVID-19. No entanto, é igualmente importante dar atenção à forma como lidamos com as condições de longo prazo, como as doenças crónicas, que exigem um esforço comunicacional acrescido para facilitar a compreensão de informações complexas (Nock et al., 2023).

A literacia em saúde é um dos principais determinantes na qualidade do autocuidado em doenças crónicas. Isto implica responsabilidade tanto individual como para os profissionais de saúde, que lidam diariamente com estas pessoas, e que devem satisfazer os requisitos de saúde de uma sociedade cada vez mais heterogénea (Nock et al., 2023).

O impacto do envelhecimento da população manifesta-se sobretudo num aumento da prevalência das doenças crónicas e na sua complexidade, o que se traduz numa sobrecarga para os sistemas de saúde (Barreto et al., 2015). Para que estes possam dar uma resposta de qualidade a esta nova procura, sem descurar as necessidades correntes, necessitam de uma adaptação constante (OECD, 2024). É importante referir que, em 2022, a esperança média de vida à nascença, em Portugal, era de 81 anos, um ano superior à média dos países da OCDE. No entanto, se falarmos em anos de vida saudável após os 65 anos, Portugal ficou-se pelos 7 anos, enquanto a média da União Europeia (EU) estava nos 10 anos (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

As instituições e sistemas de saúde têm investido em programas de gestão de doenças, particularmente doenças crónicas – que, segundo a OMS, são definidas como doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta – com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos (World Health Organization, 2023). No entanto, o

conhecimento atual sobre os custos envolvidos na implementação desses programas em comparação com a economia que proporcionam ainda é limitado (Rothman et al., 2006).

Uma das doenças crônicas com grande predomínio em Portugal é a diabetes. O crescimento da prevalência desta doença foi de 20,5% entre 2009 e 2021 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023), situação que é agravada num contexto de envelhecimento da população. Em 2021, em média 6,9% da população adulta era portadora de diabetes nos países da OCDE. Além disso, estima-se que mais 48 milhões de adultos nos países da OCDE tenham diabetes não diagnosticada (OECD, 2023).

A diabetes, que ocorre quando o corpo não consegue regular os níveis excessivos de glicose no sangue, é responsável por níveis de incapacidade significativos, podendo ser um catalisador de outras patologias, como doenças cardiovasculares, cegueira, entre outros. Trata-se de uma doença que é mais comum entre os idosos e também no sexo masculino e que afeta de forma desproporcional as pessoas pertencentes a grupos socioeconómicos desfavorecidos. Para termos noção do fardo financeiro associado a esta doença, em 2021, nos países da OCDE, foram gastos cerca de 650 mil milhões de dólares no tratamento da diabetes e na prevenção de complicações (OECD, 2023).

Sabe-se que as condições de saúde crônicas, as mais comuns e dispendiosas para os sistemas de saúde, podem ser melhor geridas através de um bom nível de literacia em saúde (Saboga-Nunes et al., n.d.). Esta pode desempenhar um papel crucial não apenas na gestão da doença como um todo, mas também na prevenção destas condições que a agravam e na adesão aos planos de tratamento após o diagnóstico e na gestão da doença como um todo.

A literacia em saúde combina as competências pessoais e os recursos contextuais necessários para que as pessoas possam interpretar e usar informações e serviços de saúde na tomada de decisões (Bröder et al., 2018). A capacidade de resposta da literacia em saúde também é reflexo à forma como os serviços, organizações e sistemas disponibilizam informações e recursos de saúde, tornando-os acessíveis às pessoas, considerando as suas capacidades e limitações de literacia em saúde (Bröder et al., 2018).

O conceito de literacia em saúde também se desenvolveu em duas conjunturas distintas – nos cuidados clínicos, onde a baixa literacia em saúde é considerada um fator de risco para problemas de saúde; e na saúde pública, onde a literacia em saúde pode funcionar como um catalisador para uma maior autonomia e controlo sobre a tomada de decisões em saúde, o que resulta num aumento do *empowerment* individual (Bröder et al., 2018). A literacia em saúde proporciona assim, aos indivíduos um maior controlo sobre as suas próprias condições de saúde, promovendo a autoconfiança e a proatividade na gestão da sua saúde.

Visto existir uma crescente prevalência das doenças crônicas entre os idosos, um dos grupos socioeconómicos com mais baixos índices de literacia em saúde, estes podem estar em risco acrescido de obter piores resultados de saúde (Sudore et al., 2006), isto porque

apresentam maior probabilidade de ter uma compreensão mais restrita acerca da sua condição, o que pode conduzir a uma pior autogestão da doença e maior probabilidade de hospitalização. Outro dos problemas encontrados em indivíduos com baixos níveis de literacia, é a fraca adesão à terapêutica (Chen et al., 2018).

É ainda importante afirmar que a literacia em saúde está relacionada com literacia em forma geral. Parece existir evidência de que os indivíduos que apresentam maiores capacidades de literacia geral apresentam também maiores índices de literacia em saúde (Sudore et al., 2006). O impacto deste efeito pode verificar-se no estado geral de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos, que é resultado dos estilos de vida adotados, do acesso e aplicação de informação de qualidade, mas também na forma como utilizam os serviços de saúde.

2.1. Literacia em contexto amplo

A literacia é um conceito complexo, que é reconhecido como tendo dois domínios essenciais: aqueles que são baseados em tarefas e aqueles que são baseados em competências (Nutbeam, 2009, Nutbeam et al., 2018). A literacia baseada em tarefas concentra-se na medida em que um adulto consegue realizar tarefas do dia a dia, como ler ou escrever um texto simples, o que é importante para, por exemplo, ler e compreender as indicações do médico ou farmacêutico acerca da toma da medicação. Já a literacia baseada em competências foca-se no conhecimento e nas habilidades que um indivíduo deve possuir para realizar essas mesmas tarefas (Nutbeam, 2009).

Com o aumento da complexidade da sociedade, o conceito de literacia expandiu-se para além das habilidades básicas de leitura e escrita. Atualmente, a literacia envolve a capacidade de interpretar e utilizar informações em diversos contextos, como o digital, financeiro e de saúde, refletindo a necessidade de novas competências para lidar com os desafios contemporâneos (Nutbeam, 2008). Através destas competências de leitura e escrita, aqueles com níveis mais elevados de literacia são capazes de participar de forma mais ativa na sociedade, tanto no âmbito económico como social, e são capazes de compreender e exercer um maior controlo sobre os acontecimentos do dia-a-dia (Nutbeam, 2008).

A literacia em saúde é um dos muitos domínios da literacia (Nutbeam et al., 2018), que se baseia na capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde, necessários para a tomada de decisões adequadas sobre saúde (Parker & Ratzan, 2010). É essencial na promoção da saúde e prevenção da doença, visto que indivíduos com maiores níveis de literacia em saúde tendem a adotar hábitos mais saudáveis e seguir corretamente as indicações médicas. Em contrapartida, a baixa literacia em saúde está ligada

a piores desfechos clínicos e a um aumento nos custos com cuidados de saúde (Alqarni et al., 2023, Westlake et al., 2013).

2.2. Quadro conceptual

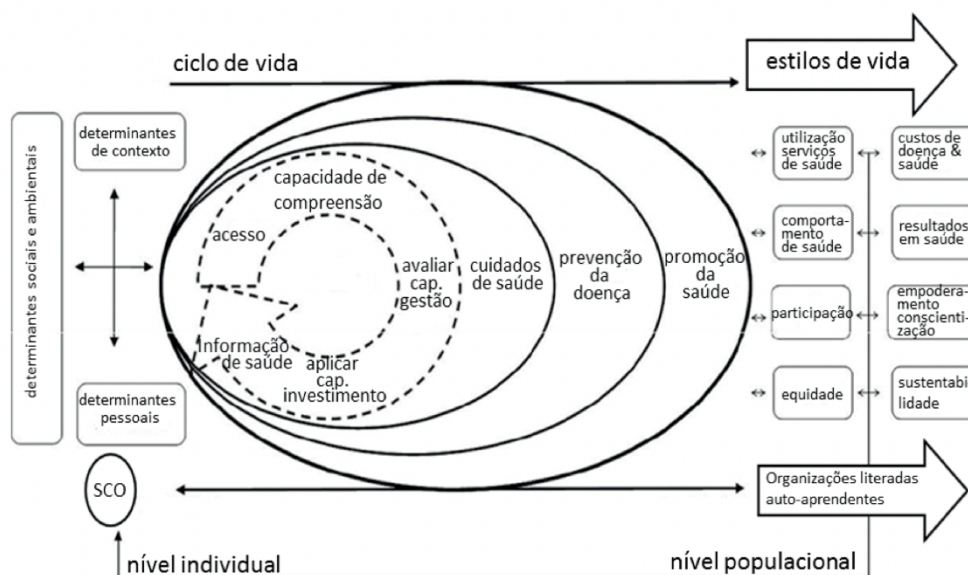
A literacia em saúde é um tema que tem vindo a ser assunto de debate nas agendas políticas de diversos países ao longo dos últimos anos, sobretudo devido à sobrecarga sentida pelos sistemas de saúde, resultante do envelhecimento da população e da prevalência das doenças crónicas. Para além disso, é importante referir o notável aumento da complexidade nos sistemas de saúde, resultante da evolução tecnológica e das novas abordagens individualizadas. Assim, torna-se necessário redefinir o seu conceito, tendo em conta a sua linha de evolução, bem como aperfeiçoar ferramentas de medição e competências associadas (Protheroe et al., 2009). Ou seja, é importante aprimorar os modelos de intervenção de forma a estarem alinhados com as mais recentes aceções do conceito de literacia em saúde – que incorporam o mais recente corpo teórico desenvolvido. No entanto, é igualmente importante que os investigadores tenham por base modelos de comportamento em saúde já estabelecidos (Protheroe et al., 2009) e que se analisem os comportamentos emergentes.

A literacia em saúde engloba o conhecimento e as competências necessárias para responder aos requisitos da saúde na sociedade. No entanto, não existe um consenso sobre a sua definição ou sobre as suas dimensões conceptuais, o que restringe as possibilidades de medição e comparação (Sørensen et al., 2012).

Os modelos existentes, apresentados na literatura, não são suficientemente abrangentes para se alinhar com um conceito de LS em evolução e com as competências que elas implicam, nomeadamente as componentes presentes em modelos de literacia médica e de saúde pública. Para além disso, poucos modelos conceptuais de literacia em saúde foram validados empiricamente (Sørensen et al., 2012).

Assim, de forma a colmatar as falhas existentes, Sorensen et al. (2012), propuseram um modelo conceptual para a conceção e operacionalização da literacia em saúde (Figura 1).

Figura 1 – (2.1) Modelo conceptual da literacia em saúde



Fonte: HLS – EU Consortium (2012): *Comparative Report in Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS – EU*

No modelo acima estão apresentadas as principais dimensões da literacia em saúde (dentro da forma oval), evidenciando os fatores proximais e distais que nela têm impacto e que por ela são impactados, bem como a sua ligação com resultados em saúde.

O seu núcleo destaca as competências relacionadas com o processo de acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações relacionadas com a saúde. Assim, o acesso refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informação sobre saúde; a compreensão refere-se à capacidade de compreender as informações de saúde; a avaliação descreve a capacidade de interpretar, filtrar e avaliar as informações de saúde; e a aplicação refere-se à capacidade de comunicar e usar a informação que permite tomar uma decisão no sentido de manter e melhorar a saúde (Sørensen et al., 2012).

O domínio destas competências permite ao indivíduo navegar em três domínios: Cuidados de saúde, ou seja, estar doente ou como paciente no ambiente de cuidados de saúde; Prevenção da doença, como pessoa em risco de doença no sistema de prevenção de doenças; e Promoção da saúde, como cidadão em relação aos esforços de promoção da saúde na comunidade, no local de trabalho, entre outros (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016a).

O quadro conceptual associado a estes domínios traduz a evolução de uma ótica centrada no indivíduo para uma abordagem direcionada para a população. Assim, integra-se uma conceptualização médica da literacia em saúde com uma visão mais ampla da saúde pública. Ao direcionar o foco para fora do contexto dos cuidados de saúde, a prevenção ganha maior relevância e a pressão sobre os sistemas de saúde é reduzida (Sørensen et al., 2012).

2.3. Literacia em Saúde

O termo de Literacia em Saúde, partiu do conceito de literacia criado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) que descreve um conceito mais amplo do que alfabetização. Este conceito traduz o ato de ensinar e aprender e a capacidade de colocar em prática essas habilidades na vida quotidiana. Em 1974, *Simonds* adaptou o conceito de literacia à saúde, que o manteve, de certa forma, ligado à educação, estabelecendo padrões mínimos de alfabetização em saúde e apoio local. A evolução deste conceito determinou então uma perspetiva menos escolarizada (Nunes et al., 2020).

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), Literacia em Saúde define-se como um conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para compreenderem e usarem informação que promova e mantenha a boa saúde” (M. T. Arriaga et al., 2019). Ou seja, traduz a capacidade de obter, processar e compreender as informações básicas de saúde e reconhecer a importância ou a utilidade destas, de modo a ser possível uma adequada utilização dos recursos e ajuda na tomada de decisões. A literacia em saúde é assim importante tanto para a promoção da saúde e prevenção de doença como para aumentar a eficiência dos serviços de saúde (Andrade et al., 2020).

A investigação recente indica-nos que indivíduos com alto nível de literacia em saúde podem mais facilmente seguir indicações médicas e seguir as indicações descritas em prescrições e rótulos de medicamentos, ao contrário daqueles com uma literacia inadequada (Chen et al., 2018). É neste sentido que existe uma clara diferenciação entre aqueles com literacia adequada e literacia limitada (Chen et al., 2018).

As vantagens e mais valias da literacia em saúde não se limitam ao âmbito individual, transpondo benefícios sociais para a esfera coletiva, exercendo deste modo, um impacto positivo na sociedade (Rodrigues, 2018). Tendo a capacidade de otimizar a qualidade de vida e o bem-estar da população, a literacia em saúde está diretamente relacionada com qualidade de vida dos indivíduos (Rodrigues, 2018). Deste modo, níveis elevados de literacia em saúde têm sido associados a resultados positivos, reunindo desta forma um conjunto de vantagens, tais como uma melhoria dos resultados em saúde, uma diminuição dos comportamentos de risco e dos gastos com saúde e um aumento da resiliência das comunidades face às adversidades relacionadas com a saúde (Rodrigues, 2018).

Compreender e utilizar informações de saúde são processos essenciais para a tomada de decisões informadas, pois contribuem para a aprendizagem e prática de autocuidados e da aplicação de estratégias preventivas, bem como para a compreensão dos fatores de risco, de modo a promover o bem-estar e melhorar os resultados em saúde. É neste sentido que as instituições de saúde desenvolvem campanhas promotoras de comportamentos saudáveis, bem como a adoção de medidas que contribuam para uma mais adequada adesão e utilização

dos serviços disponibilizados. No entanto, pessoas com níveis de literacia em saúde baixos, apresentam mais dificuldade na compreensão de informação e, consequentemente, beneficiam em menor grau das informações de saúde disponíveis (Chen et al., 2018).

É assim importante que se desenvolvam comportamentos de promoção da saúde, que possam ajudar os indivíduos a evitar doenças, melhorar a qualidade de vida e manter uma saúde física e mental saudável (Zhang et al., 2021).

Para promover a literacia em saúde, a medida mais estrutural passa pela sua integração no sistema de educação. A esta estratégia deve-se adicionar uma comunicação eficaz e a inclusão da literacia em saúde nas discussões sobre sistemas e políticas de saúde, garantindo que esteja na ordem do dia. (Chen et al., 2018). Para além disso, é importante criar informação relevante, torná-la acessível nos diversos meios e adequá-la aos diversos públicos, em cada momento da vida, aumentar a divulgação da informação na comunidade e aumentar a disseminação do uso de práticas corretas de modo a promover a literacia na saúde (Rodrigues, 2018). Uma intervenção alargada para melhorar os níveis de literacia em saúde ao nível da educação pode não só resultar em mudanças nos estilos de vida individuais e na utilização correta do sistema de saúde, mas também ajudar a alcançar mudanças sociais e económicas (Peerson & Saunders, 2009).

É importante saber reconhecer e identificar a literacia em saúde como um meio para aumentar os níveis o bem-estar e melhorar a saúde da população, bem como promover a agilidade das organizações, para que se possa melhorar a capacidade de resposta e a sustentabilidade do sistema de saúde. Neste sentido, deve apostar-se não só em intervenções para os utentes, mas também intervenções a nível organizacional (Sørensen, 2018).

É essencial que as organizações adotem medidas que neutralizem o impacto das assimetrias observáveis na população, sejam elas atribuíveis a fatores sociais, culturais ou à disponibilidade de recursos cognitivos. Tendo esta premissa como base, os profissionais de saúde poderão desenvolver estratégias que contribuam para uma adequação dos cuidados de saúde prestados a situações reais, resultando numa resposta mais adequada às necessidades dos pacientes (Sørensen, 2018). A integração de estratégias que promovem literacia em saúde nos cuidados prestados, não apenas contribui para uma melhoria da capacidade de resposta dos serviços, como também pela capacitação e autonomia que confere aos indivíduos, funcionando como garantia de que ninguém é deixado para trás (Sørensen, 2018).

Seguindo esta linha de pensamento, surge-nos o conceito de literacia em saúde organizacional.

2.3.1 Literacia em Saúde Organizacional

A literacia em saúde organizacional contribui para que a transmissão de conhecimento sobre saúde seja incorporada nas atividades diárias ocorridas na organização, capacitando os utentes para a tomada de decisões informadas que beneficiam tanto a sua saúde e bem-estar, quanto a eficiência e sustentabilidade das organizações (Farmanova et al., 2018). A literacia em saúde organizacional corresponde assim ao esforço realizado por toda a organização para tornar mais fácil a compreensão e aplicação das informações e serviços de saúde pela população (Farmanova et al., 2018). Este termo surgiu como resultado da discussão sobre o contributo que os sistemas de saúde podem dar para melhorar os baixos níveis de literacia que predominam ainda numa grande parte dos indivíduos (Farmanova et al., 2018).

A falta de envolvimento por parte dos pacientes na tomada de decisões sobre a sua saúde, muitas vezes resultantes da falta de compreensão sobre informações importantes relacionadas com a mesma, levam a taxas crescentes de cuidados de emergência, hospitalizações e readmissões, nos pacientes com níveis de literacia mais baixos (Chen et al., 2018). Este círculo vicioso de resultados negativos para a saúde é amplificado pela dificuldade em compreender os sistemas de saúde e pela disponibilização de ferramentas de comunicação de difícil compreensão (Farmanova et al., 2018).

Literacia em saúde limitada parece ser mais comum do que o desejável e está associada a uma vasta gama de resultados adversos para a saúde (Pignone et al., 2005). Um nível adequado de literacia em saúde reflete a capacidade de compreender, avaliar e utilizar eficazmente informações relacionadas com a saúde o que tem sido associado a resultados positivos em saúde. Já a literacia em saúde limitada constitui um fator independente, mas significativo associado ao aumento da utilização dos serviços de saúde e dos custos de cuidados de saúde (Farmanova et al., 2018).

A promoção de saúde – que representa um conjunto de estratégias e ações que visam melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população, através do incentivo a comportamentos saudáveis (Buss et al., 2020) – demonstra ser um ativo importante para alcançar todos os grupos da população e melhorar os resultados em saúde. No entanto, apesar dos esforços em promoção da saúde, os comportamentos nem sempre mudam de forma esperada, refletindo uma relação ambivalente entre a transmissão do conhecimento e a aplicação deste, tanto a nível pessoal como comunitário. Se, por um lado, a promoção da saúde está relacionada com os fatores que influenciem o estilo de vida da população, identificando-os como principais causas das condições crónicas das doenças na sociedade, por outro, a promoção da saúde também se distanciou de um foco na mudança de comportamento individual (Van Den Broucke, 2014). Assim, é importante que, para além da educação em saúde – que representa o processo de partilhar informações e ensinar pessoas

a cuidarem melhor da sua saúde (Nutbeam, 2000) – sejam incentivadas mudanças comportamentais na sociedade para encorajar modificações estruturais e políticas que capacitem os indivíduos e as comunidades a controlar a sua saúde (Van Den Broucke, 2014). Dessa forma, embora a educação em saúde desempenhe um papel fundamental no contexto da promoção da saúde, esta última ultrapassa a simples aquisição de conhecimento, procurando criar condições sociais, económicas e ambientais favoráveis ao bem-estar da população (World Health Organization, 1998).

A literacia em saúde, para além de contribuir para a promoção da saúde, contribui ainda para a prevenção da doença, bem como para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, constituindo uma ferramenta essencial para uma melhor gestão dos sistemas de saúde (Miguel et al., 2024). Torna-se assim importante criar oportunidades para melhorar a LS, permitindo estimular pessoas e comunidades a adotar comportamentos de prevenção da doença (Lopes & Vaz De Almeida, 2022). A literacia em saúde, em conjunto com a comunicação de risco e o estudo dos comportamentos da sociedade, é fundamental para a prevenção de doenças e a promoção da saúde, sendo esta uma das abordagens consideradas mais eficazes, pois incentiva a comportamentos adequados nas populações (Lopes & Vaz De Almeida, 2022).

Diversos estudos realizados ao longo dos anos demonstram que populações com níveis de literacia em saúde mais elevados apresentam indicadores positivos, como: maior capacidade de navegação nos serviços de saúde, participação ativa e informada nos cuidados médicos, redução dos gastos com saúde, diminuição das desigualdades em saúde e melhores resultados de saúde (M. T. de Arriaga, 2019). É, por isso, essencial desenvolver um planeamento estratégico que priorize a promoção da literacia em saúde, tanto entre as populações como entre os profissionais de saúde. Isso permitirá uma abordagem coerente e abrangente, incorporando a literacia em saúde nos sistemas e políticas de saúde. Indivíduos motivados e confiantes nas suas aptidões e conhecimentos tendem a ser participantes mais ativos na manutenção e melhoria da própria saúde (M. T. de Arriaga, 2019).

Tanto a saúde comunitária como as condições de vida da população são conceitos que reconhecem a literacia em saúde como essencial, não apenas para os cuidados médicos, mas também para a participação em discussões comunitárias e no planeamento de questões que impactam a saúde. A medição dos níveis de literacia em saúde pode ser um instrumento fundamental para diversas valências, tais como a melhoria da prestação de serviços clínicos, a participação comunitária na saúde, o planeamento de serviços de saúde, a educação em saúde pública e o desenvolvimento de políticas (Batterham et al., 2016).

Muitos pacientes podem sentir que não têm a capacidade de assimilar informações dadas pelos profissionais de saúde e assim sentirem-se desconfortáveis demais para fazerem perguntas sobre as suas dúvidas. Isto acontece porque os prestadores de serviços de saúde

dão demasiada informação ou informação que pode não ser a mais adequada ao indivíduo, por ser demasiado técnica e/ou complexa, em vez de informação mais adaptada e compatível com a capacidade de compreensão dos utentes e para a resolução dos seus problemas. Esta comunicação inadequada pode levar a más interpretações e erros por parte dos pacientes (Parker, 2000).

Pacientes com níveis insuficientes de literacia e com doenças crónicas, como por exemplo diabetes ou asma, apresentam uma menor compreensão da sua doença, sendo que alguns relatam mesmo tomar medicamentos na dosagem ou frequência errada, não estando cientes dos efeitos colaterais daí resultantes (Parker, 2000). Por este motivo, os profissionais não devem presumir à partida que todos entendem corretamente os seus diagnósticos e os planos de tratamento. À medida que os cuidados de saúde se tornam cada vez mais complexos e a informação sobre saúde se torna mais difundida no domínio público, existe uma maior necessidade de se recorrer a uma comunicação mais adaptada às capacidades cognitivas dos indivíduos. O que se verifica, no entanto, é que muitas mensagens de saúde pública e materiais educativos sobre prevenção de doenças não são adaptadas sendo, por isso, inacessíveis para aqueles com baixo nível de literacia em saúde (Parker, 2000). Por outro lado, a comunicação online e em rede permite uma maior disseminação das informações de saúde, proporcionando um acesso mais amplo e diversificado a dados e recursos. No entanto, essa profusão de informação também requer uma abordagem crítica para garantir que as informações sejam claras e úteis (Nunes et al., 2019).

É assim importante que todos os profissionais de saúde de uma organização tenham uma especial atenção e sensibilidade para com aqueles que demonstrem mais dificuldades no que toca à literacia em saúde. Uma avaliação individualizada do nível de literacia em saúde por parte dos profissionais de saúde constitui um primeiro passo para uma compreensão das dificuldades do utente, não apenas na forma como se relaciona com a sua saúde, mas também na forma como condiciona a sua relação com os sistemas de saúde.

É importante reconhecer, contudo, que as competências pessoais, cognitivas e sociais de um indivíduo, que desempenham um papel crucial na literacia em saúde, podem estar sujeitas a influências que, muitas vezes, não estão ao alcance das competências dos profissionais de saúde nem dos sistemas de saúde (Peerson & Saunders, 2009).

2.3.2. Literacia Digital em Saúde

Com os recentes avanços tecnológicos, as tecnologias de informação e comunicação (TIC) têm-se tornado cada vez mais crucial para os sistemas de saúde, permitindo um desenvolvimento de estratégias capazes de melhorar os resultados de saúde da população

(Espanha, 2013). Torna-se assim importante tentar incorporar estas novas tecnologias para benefício tanto do utente como dos profissionais.

Neste sentido, podemos definir a literacia digital em saúde como a capacidade de indivíduos procurarem, avaliarem e compreenderem informações sobre saúde disponíveis em fontes digitais, e utilizarem essas informações para tomar decisões informadas de forma a beneficiar a sua saúde (Chaves, 2023).

Atualmente os sistemas de saúde têm cada vez mais processos assentes nas tecnologias digitais, dependendo cada vez mais destas para as suas operações e decisões (Budd et al., 2020).

As estratégias para melhorar o alcance e compreensão das mensagens passam por fazer uso dos diversos meios de comunicação com linguagem simples e percetível e envolver as novas tecnologias para atingir os indivíduos mais jovens muito ligados a estes novos meios (Rodrigues, 2018).

As TIC apresentam benefícios não apenas para os cidadãos, mas também para os profissionais de saúde e para as organizações prestadoras de serviços de saúde, na medida em que permitem uma relação mais direta e segura entre utente e profissional, informação mais acessível e maior eficiência na competência dos cuidados de saúde, sendo, contudo, uma relação menos humanizada (Espanha, 2013). Para além disso, a sua utilização permite a integração de uma diversidade de serviços que facilitam tanto os profissionais de saúde, através de prescrições digitais, bases de dados interligadas, bibliotecas virtuais, entre outros, como também os utentes, através de consultas online, informação médica disponível em diversos sites, marcação de exames/consultas via internet, entre outros (Espanha, 2013).

Independentemente da fonte de informação utilizada, há uma necessidade clara de investir na educação/formação da população em relação ao consumo da informação acedida pelos meios tecnológicos, para que o utilizador tenha a capacidade para entender, avaliar e usar a informação obtida. Ou seja, para além de ser importante o acesso à informação, é igualmente importante que haja um sentido crítico na sua utilização, sendo por isso necessário um investimento na sua aprendizagem (Espanha, 2013).

Tendo em conta o aumento da dependência das TIC nas relações estabelecidas entre organizações do setor da saúde, os seus profissionais e os utentes, é importante analisar os efeitos das mesmas na exclusão de uma percentagem da população que para além de não ter acesso a estes recursos apresenta níveis de literacia baixos (Espanha, 2013), como já foi referido anteriormente.

É importante considerar o papel das TIC enquanto suporte aos serviços de saúde e comunicação com o cidadão, mas também enquanto veículo de comunicação em massa. A utilização da internet tem tomado um lugar de relevo no que diz respeito a informação sobre saúde, consequência de um aumento de informação disponível neste meio, o que tem

incentivado à autonomia do utente perante a sua responsabilidade pela saúde (Espanha, 2016). Assim, os profissionais devem adaptar a sua posição perante um utente mais informado.

As tecnologias de informação e comunicação, incluindo a internet, permitem uma nova possibilidade para a evolução da medicina e dos cuidados de saúde modernos (Espanha, 2016). É neste contexto que surge o conceito de *e-health*. A OMS definiu, em 2005, *e-health* como o uso de tecnologias de informação e comunicação para a saúde (Zhang et al., 2021).

A digitalização constitui um processo inevitável, do qual podem resultar benefícios significativos para pacientes, profissionais e organizações de saúde, desde que acompanhem esta transformação. No entanto, é fundamental reconhecer que nem todos conseguirão acompanhar este processo, sendo, por isso, imprescindível assegurar alternativas adequadas e inclusivas para aqueles que, por diferentes motivos, possam ser excluídos (Zhang et al., 2021). Para tal, devem ser asseguradas alternativas não digitais, como por exemplo, a manutenção de canais presenciais e telefónicos, a disponibilização de informação em múltiplos formatos e investir em parcerias comunitárias para apoiar os grupos mais vulneráveis.

Apesar da crescente tendência de utilização da internet, uma das barreiras à utilização de *e-health* é a sua acessibilidade. Embora este seja um meio amplamente difundido e utilizado nos dias de hoje, existe ainda uma parcela significativa da população que não tem acesso ou não consegue gerir as suas potencialidades, como é o caso da população mais idosa, dos menos alfabetizados e daqueles com menos recursos financeiros (Espanha & Ávila, 2016). Isto significa que embora haja uma grande percentagem da população a usufruir da internet, há ainda uma outra parte que não beneficia destes meios, o que compromete o impacto da implementação e sucesso dos recursos de *e-health* (André & Ribeiro, 2020).

Contudo, é perceptível que com o aumento dos níveis de literacia digital haja um aumento da utilização destes meios de informação e também do contacto com profissionais de saúde, ou seja existe uma associação entre os níveis de literacia e a procura de informação sobre saúde através dos diversos recursos disponíveis (Espanha, 2020). Assim, as TIC disponibilizam meios que permitem a disseminação de informação em saúde que podem contribuir para a promoção de comportamentos saudáveis e difundir ações de literacia em saúde para a população (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016b).

As lacunas ao nível da literacia em saúde representam um desafio tanto para legisladores e profissionais de saúde como para os cidadãos. Desta forma é necessário a implementação de ações que incentivem a autonomia das populações e a competência dos profissionais envolvidos nesta questão. Neste sentido são descritas, no Relatório Síntese – Literacia em Saúde em Portugal (2016), algumas recomendações que ajudem nesta implementação de ações, como diminuir a complexidade dos sistemas de cuidados de saúde e sociais

(facilitando a possibilidade de os cidadãos o compreenderem e de a ele terem acesso), diversificar as estratégias, modos de comunicação e de informação, apoiar iniciativas que melhorem a literacia em saúde, com especial atenção para grupos mais vulneráveis, criar um sistema de monitorização e acompanhamento da literacia em saúde a nível nacional (Espanha et al., 2016).

2.4. Impacto da Literacia em Saúde nos Resultados em Saúde

A literacia em saúde e os resultados em saúde apresentam uma associação significativa, influenciando tanto o bem-estar individual quanto coletivo. Aqueles que apresentam um maior nível de literacia em saúde são mais capazes de compreender informações sobre a sua saúde, nomeadamente doenças, tratamentos e prevenção, o que leva a decisões mais informadas e comportamentos mais saudáveis (Farmanova et al., 2018).

A literacia em saúde é reconhecida como um fator crucial para o autocuidado nas doenças crónicas, o que tem implicações para os profissionais de saúde, especialmente na sua relação com o doente (Nock et al., 2023). A prestação de cuidados de saúde equitativos e acessíveis é um desafio constante para todos os prestadores de serviços de saúde (Jessup et al., 2017), muito devido aos requisitos impostos pela heterogeneidade das comunidades (Nock et al., 2023).

A relação entre a literacia em saúde e os resultados em saúde apresenta dois pontos de vista, tanto a nível interno, pelo paciente, no contexto do autocuidado, como externo, pelo sistema, através do acesso aos serviços e da comunicação com os profissionais de saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Embora a literacia em saúde dependa em parte das competências pessoais de um indivíduo, sejam elas literárias, cognitivas, comunicativas e tecnológicas, também é influenciada pelas necessidades impostas pelos sistemas de saúde, que se tornam cada vez mais complexos (Laing et al., 2020).

O atraso no reconhecimento de sintomas, a não adesão a terapêuticas/tratamentos, a propensão para uma saúde mais debilitada, as interações ineficazes com os prestadores de cuidados de saúde e a falta de conhecimentos e apetência para um autocuidado eficaz podem resultar em consequências adversas, como o aumento das taxas de readmissões hospitalares e das taxas de mortalidade. Estas situações decorrem, muitas vezes, da incapacidade dos indivíduos para aceder e utilizar adequadamente as informações de saúde. (Westlake et al., 2013).

De certo modo, o conceito de literacia em saúde surge de uma consciencialização crescente sobre a importância da compreensão de conteúdos específicos no contexto da saúde. O estabelecimento desta relação não apenas abriu espaço para a análise do impacto de baixos níveis de literacia em saúde na gestão das diversas condições de saúde, como também teve o efeito de estimular o desenvolvimento de intervenções progressivas para reduzir os impactos da baixa literacia, através de comunicações adaptadas e melhorias na organização dos serviços de saúde (Nutbeam, 2009).

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pacientes é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Falhas na comunicação são, frequentemente, foco de mal-entendidos. Uma comunicação clara entre o profissional de saúde e o indivíduo tem um impacto positivo na recuperação do paciente, no controle da dor, na adesão ao tratamento, na satisfação e no bem-estar psicológico (Naeim, 2011).

2.5. Determinantes sociais da saúde

Os benefícios da literacia em saúde vão além do nível individual, pois para além de proporcionar benefícios pessoais ao indivíduo, geram impactos positivos no âmbito coletivo e social, contribuindo, assim, para o bem-estar da sociedade como um todo (Farmanova et al., 2018). No entanto, é importante ter em consideração as desigualdades sentidas entre a população.

O grau de desenvolvimento de uma sociedade, independentemente de sua riqueza, pode ser medido pela qualidade da saúde de sua população, pela distribuição equitativa de cuidados de saúde entre diferentes grupos sociais e pelo nível de proteção oferecido contra as desigualdades causadas por problemas de saúde (Marmot & CSDH, 2007). Os esforços desenvolvidos com o objetivo de alcançar a equidade na saúde são, assim, fundamentais para evitar as injustiças sociais, garantindo as mesmas oportunidades para todos (Marmot & CSDH, 2007). E é neste seguimento que emergem os determinantes sociais da saúde (DSS).

Os determinantes sociais da saúde representam as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e apresentam uma influência importante nas desigualdades na saúde (World Health Organization, 2024) – Figura 2. Alcançar a equidade na saúde significa garantir o mais alto nível de saúde para todos, com foco especial nas necessidades daqueles mais vulneráveis devido às suas condições sociais (World Health Organization, 2024). Segundo a OMS, equidade na saúde é definida como a ausência de diferenças injustas e evitáveis ou remediáveis na saúde entre grupos populacionais definidos social, económica, demográfica ou geograficamente.

Os DSS influenciam os cuidados de saúde prestados aos pacientes, as inter-relações entre profissionais e utentes e, consequentemente, o seu impacto na saúde e na equidade entre a população, sendo fundamental que sejam incorporados na prática clínica (Byhoff et al., 2020). Isto porque indivíduos com maior nível socioeconómico tendem a ter maior literacia em saúde, melhor acesso a recursos, menor exposição a fatores de risco e maior capacidade para tomar decisões informadas no dia a dia. Esta vantagem traduz-se, por exemplo, em menor insegurança alimentar, melhores condições de saúde mental e maior adesão a comportamentos preventivos, contribuindo para um estado de saúde global mais favorável e uma menor necessidade de cuidados médicos. Os DSS não impactam apenas diretamente a saúde, como também influenciam as opções reais, as oportunidades e as condições de vida das pessoas, que, por sua vez, afetam as suas decisões, escolhas e estilos de vida (World Health Organization, 2013).

Figura 2 – (2.2) Os determinantes sociais da saúde



Fonte: *Health 2020 – A European policy framework and strategy for the 21st century*. WHO, 2013

O modelo apresentado na Figura 2 ilustra as inter-relações entre os diferentes determinantes sociais da saúde, destacando a importância de considerar tanto os fatores que afetam diretamente o comportamento individual e comunitário quanto os determinantes sociais mais amplos (World Health Organization, 2013).

Progressivamente, a literacia em saúde foi ganhando importância como um determinante social da saúde (Nock et al., 2023).

Posto isto, é importante referir que a literacia em saúde desempenha um papel crucial na gestão eficaz da doença, influenciando a capacidade dos indivíduos para compreender, avaliar e aplicar informação em saúde nas suas decisões quotidianas. Indivíduos com níveis mais elevados de LS tendem a reconhecer precocemente sintomas, aderir melhor aos planos terapêuticos e navegar com maior autonomia no sistema de saúde. No entanto, a evidência científica mostra que a LS está fortemente associada ao nível socioeconómico, sendo mais elevada entre pessoas com maior escolaridade e rendimento. Importa, contudo, sublinhar que pertencer a uma classe socioeconómica favorecida não é sinónimo de elevada literacia em todos os contextos, pois indivíduos altamente instruídos, podem sentir-se perdidos perante uma nova condição de saúde ou com a complexidade dos serviços hospitalares, sobretudo se não tiverem interesse ou familiaridade com o tema, uma vez que a literacia em saúde tem uma grande componente contextual. Neste sentido, as organizações de saúde têm um papel fundamental na promoção da equidade, devendo facilitar a compreensão e a tomada de decisões por parte de todos os utentes — sobretudo daqueles mais vulneráveis às lacunas de literacia. Embora não exista uma abordagem única que sirva todos (*“one-size-fits-all”*), é essencial garantir uma base de informação clara e acessível, sobre a qual se possam construir estratégias de comunicação e apoio ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa. Promover a literacia em saúde é, assim, promover cuidados mais equitativos, centrados na pessoa e realmente eficazes.

3. Metodologia

3.3. Recolha e tratamento de dados

A avaliação da literacia em saúde dos indivíduos é essencial para a eficácia das iniciativas de promoção da saúde na comunidade. O conhecimento sobre o grau de literacia em saúde da população permite que os profissionais de saúde adaptem a sua comunicação e utilizem estratégia que facilitem a sua compreensão. O objetivo deste estudo é avaliar e caracterizar o grau de literacia em saúde dos utentes de uma instituição de saúde e equacionar o seu impacto na gestão de serviços e assim desenvolver estratégias de otimização.

Tendo em conta os diversos instrumentos descritos na literatura para avaliar a literacia em saúde, optou-se pelo *European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16)*, na versão portuguesa, elaborado por (Pedro et al., 2023), juntamente com um questionário que continha questões elaboradas pela investigadora com o intuito de caracterizar a população da amostra (Anexo A).

O questionário é constituído por 2 secções: a primeira parte permite uma caracterização sociodemográfica, da assiduidade aos cuidados de saúde e do conhecimento das fontes de informação em saúde, sendo composta por 18 questões; e a segunda parte permite uma avaliação do nível de literacia em saúde, sendo composta por 16 questões (através do *hls-eu-q16*).

Tabela 1 – (3.1) Distribuição das questões presentes no questionário aplicado

Questionário	Caracterização sociodemográfica	Idade
		Género
		Grau de escolaridade
		Situação familiar
Questionário	Caracterização da assiduidade aos cuidados de saúde	Situação profissional
		Assiduidade à toma de medicação
		Assiduidade aos serviços de saúde
		Razão mais frequente para deslocação à instituição de saúde
Questionário	Caracterização do conhecimento das fontes de informação	Frequência de utilização de fontes/canais de informação
		Compreensão das informações sobre saúde
<i>HLS-EU-Q16</i>	Avaliação do nível de literacia em saúde	

O questionário *HLS-EU-Q16* é composto por 16 questões formuladas a partir do *HLS-EU-Q* que possui 47, sendo assim uma versão curta deste último. O questionário abrange três domínios: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. Para avaliar corretamente a literacia em saúde dos questionados, devem ser respondidas pelo menos 14 das 16 questões. As questões apresentam diversas alternativas, sendo que as respostas “difícil” e “muito difícil” receberam o valor 0, e as respostas “fácil” e “muito fácil” receberam o valor 1. A soma dos valores atribuídos a cada um dos itens representa o nível de literacia em saúde de cada indivíduo. Uma soma total ≥ 13 é considerada um nível “adequado” de literacia em saúde, um valor entre 9 e 12 é considerado um nível “problemático” de literacia em saúde e qualquer valor ≤ 8 caracteriza indivíduos com um nível “inadequado” de literacia em saúde (Pedro et al., 2023).

Além disso, para garantir uma comparação eficaz entre os diferentes subdomínios, o índice foi padronizado no índice HL geral (índice G-HL16), através de uma escala métrica vertical entre 0 – 50. O índice G-HL16 foi calculado da seguinte forma: $\text{índice G-HL16} = (\text{média} - 1) \times (50/3)$. Todos os itens foram considerados como “média”. Foram definidos quatro níveis de Literacia em Saúde: inadequado (0–25), problemático (25,1–33), suficiente (33,1–42) e excelente (42,1–50).

A recolha de dados foi feita com recurso à ferramenta *Google Forms*, entre julho e agosto de 2024, sendo a disseminação da mesma feita através da *Newsletter* da instituição. Deste modo, podemos classificar a amostragem como não probabilística por conveniência. Foram incluídos todos os utentes da APDP que completaram e submeteram a sua resposta através da plataforma, tendo sido registadas 174 respostas válidas para análise.

Aquando do preenchimento do questionário foi solicitado o consentimento informado dos participantes através de uma questão já incluída no mesmo, para a aceitação de participação no estudo e respetiva recolha de dados, e também de modo a respeitar o anonimato dos inquiridos.

Os dados recolhidos foram armazenados no programa “Excel 2016” e o tratamento dos mesmos foi efetuado recorrendo ao programa “*IBM SPSS Statistics 29*”. Foram utilizadas análises descritivas com caracterização das variáveis recolhidas, mensuradas e apresentadas como tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) nas variáveis quantitativas.

Os testes estatísticos utilizados foram o teste do qui-quadrado, para testar a independência das variáveis e o coeficiente de Correlação de *Spearman* para averiguar a intensidade da relação entre as variáveis.

4. Análise de Resultados

4.3. Análise demográfica

A amostra deste estudo é composta por 174 indivíduos, sendo 56,9% (n = 99) do género masculino e 43,1% (n = 75) do género feminino. Em relação à idade dos participantes, a amostra integrou sujeitos com idades compreendidas entre os 21 e os 93 anos de idade (moda = 64). A amostra foi ainda categorizada em sete grupos etários (<= 25; 26 – 35; 36 – 45; 46 – 55; 56 – 65; 66 – 75 e >= 76), possibilitando testar se existe dependência entre a idade e o índice G-HL16. Pela tabela 2, é possível perceber que os grupos etários 56 – 65 e 66 – 75 continham, em igual valor, a maior parte da amostra, sendo que pertenciam a estes grupos 44 indivíduos (n = 44, 25,3%).

Tabela 2 – (4.1) Relação do grupo etário com o género

		Género					
		Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupo Etário	<= 25	2	2,0	1	1,3	3	1,7
	26 – 35	6	6,1	7	9,3	13	7,5
	36 – 45	7	7,1	15	20,0	22	12,6
	46 – 55	14	14,1	11	14,7	25	14,4
	56 – 65	26	26,3	18	24,0	44	25,3
	66 – 75	28	28,3	16	21,3	44	25,3
	>= 76	16	16,2	7	9,3	23	13,2

No que concerne às habilitações académicas, podemos observar que a maioria dos indivíduos concluiu o ensino superior (59,8%), seguindo-se do ensino secundário (25,9%), apenas 13,7% tem o ensino básico, ficando para último uma pequena percentagem para aqueles que só sabem ler e escrever (0,6%), o que vai ao encontro ao expectável, sendo que esta amostra foi recolhida através de questionários online (Tabela 3).

Tabela 3 – (4.2) Grau de escolaridade dos participantes

Grau de escolaridade	n	%
Só sabe ler e escrever	1	0,6
1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano)	6	3,4
2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano)	7	4,0
3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano)	11	6,3
Ensino Secundário (10º - 12º ano)	45	25,9
Ensino Superior	104	59,8

A maioria dos elementos da amostra é casada (62.6%), sendo que o segundo maior grupo, com 16.7% dos respondentes, apresenta-se como solteiros, seguido de 15.5% divorciados e, por último, 5.2% viúvos (Tabela 4). Quanto à situação laboral dos indivíduos, 54.6% encontram-se empregados, 40.8% reformados, 2.3% desempregados, 1.7% domésticos e 0.6% estudantes (Tabela 5).

Tabela 4 – (4.3) Situação familiar dos participantes

Situação familiar	n	%
Solteiro/a	29	16,7
Casado/a ou em união de facto	109	62,6
Divorciado/a	27	15,5
Viúvo/a	9	5,2

Tabela 5 – (4.4) Situação laboral dos participantes

Situação laboral	n	%
Empregado/ autoemprego	95	54,6
Desempregado	4	2,3
Reformado/a ou Aposentado/a	71	40,8
Estudante	1	0,6
Doméstico/a	3	1,7

4.4. Assiduidade aos cuidados de saúde

Em relação à assiduidade à toma da medicação, e tendo em conta, que a maioria dos participantes refere tomar medicação diária (98,3%), podemos observar que 96% dos respondentes dizem seguir as indicações que lhes foram dadas pela equipa médica. No entanto, é de realçar que 17,8% dos participantes refere já ter deixado de tomar a sua medicação por se sentir melhor ou pior, o que sugere que não compreenderam a necessidade de seguir à risca as indicações prescritas pelos profissionais, levando a questionar o seu nível de literacia em saúde neste campo (Tabela 6).

Tabela 6 – (4.5) Assiduidade à toma da medicação

	Sim		Não		Não se aplica	
	n	%	n	%	n	%
Toma medicação diária?	171	98,3	3	1,7	-	-
Toma medicação diária conforme indicado pela equipa médica?	167	96,0	2	1,1	5	2,9
Já deixou de tomar a medicação por se sentir melhor ou pior?	31	17,8	133	76,4	10	5,7

No que toca à assiduidade aos serviços de saúde, podemos observar que as consultas programadas (Medicina Geral e Familiar e de outra especialidade) são os serviços mais utilizados (78,2% e 89%, respetivamente, utilizam o serviço pelo menos 1 vez), o que reflete

a procura contínua por cuidados de saúde. Para além disso, os serviços de urgência, tanto hospitalar (61,5% nunca utilizaram e 32,8% utilizou apenas 1 vez) como do centro de saúde (78,7% nunca utilizaram e 17,2% utilizou apenas 1 vez), têm uma baixa frequência, sugerindo que são procurados apenas em situações de maior gravidade. Já em relação à linha de apoio SNS 24, esta apresenta uma adesão relativamente baixa (73% refere nunca ter utilizado), o que pode indicar falta de conhecimento sobre o serviço, preferência por consultas presenciais ou limitações na resolução de problemas de saúde complexos (Tabela 7).

Tabela 7 – (4.6) Assiduidade aos serviços de saúde no último ano

	Nunca		1 – 2 vezes		3 – 5 vezes		6 ou mais		Não sei/ não respondo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Urgência hospitalar	107	61,5	57	32,8	6	3,4	1	0,6	3	1,7
Consulta de Medicina Geral e Familiar	36	20,7	85	48,9	44	25,3	7	4,0	2	1,1
Consulta de outra especialidade	18	10,3	87	50,0	50	28,7	18	10,3	1	0,6
Urgência do centro de saúde	137	78,7	30	17,2	3	1,7	2	1,1	2	1,1
Linha de apoio SNS 24	127	73,0	40	23,0	4	2,3	0	0	3	1,7

4.5. Fontes de informação

Ao observarmos a Tabela 8, podemos verificar que, ainda que exista uma elevada percentagem de indivíduos a recorrer, com muita frequência ou sempre, aos profissionais de saúde (52,9%, n = 92), como fontes de informação em saúde, também existem muitos que o fazem com pouca frequência (41,4%, n = 72) ou que não o façam de todo (5,2%, n =9). Para além dos profissionais de saúde, o que se segue com mais frequência é a pesquisa livre na internet (33,3%, n = 58), o que pode levar ao consumo de informação pouco precisa ou enganosa, situação que é agravada quando se verificam níveis insuficientes de LS.

Podem ainda observar que a imprensa escrita é uma das fontes de informação em que os participantes mais escolheram as opções “nunca” (n = 37,9%) e “com pouca frequência” (n

= 44,8%), indo ao encontro ao mundo cada vez mais digital em que nos encontramos, onde o papel está a ficar ultrapassado.

Tabela 8 – (4.7) Fontes de informação mais utilizadas pelos participantes

Fontes de Informação	Nunca		Com pouca frequência		Com muita frequência		Sempre		Não sei/ não respondo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Governamentais e/ ou Organizações internacionais (Ministério da Saúde, DGS, OMS, etc.)	50	28,7	82	27,1	31	17,8	9	5,2	2	1,1
Instituições de Saúde e Hospitais	39	22,4	87	50,0	40	23,0	6	3,4	2	1,1
Publicações Científicas e Revistas Médicas	56	32,2	72	41,4	39	22,4	5	2,9	2	1,1
Profissionais de Saúde	9	5,2	72	41,4	61	35,1	31	17,8	1	0,6
Amigos e /ou familiares	59	33,9	84	48,3	24	13,8	6	3,4	1	0,6
Redes Sociais (ex. Twitter, Facebook, Instagram, WhatsApp, etc.)	103	59,2	49	28,2	17	9,8	4	2,3	1	0,6
Televisão e/ ou Rádio	78	44,8	71	40,8	21	12,1	2	1,1	2	1,1
Imprensa escrita (jornais e revistas)	66	37,9	78	44,8	26	14,9	2	1,1	2	1,1
Pesquisa livre na internet (Google, Youtube, Podcasts)	29	16,7	69	39,7	58	33,3	16	9,2	2	1,1
Outros	99	56,9	36	20,7	12	6,9	7	4,0	20	11,5

Embora a maioria dos participantes compreenda as informações de saúde que encontra online (n = 90,2%) e tenha o hábito de pedir esclarecimentos quando não entende algo (n = 97,7%), ainda existe uma percentagem significativa que tem dificuldades em entender termos médicos ou informações técnicas (n = 27,0%) (Tabela 9). Face a esta informação, é de realçar

a importância de abordar os utentes de forma clara e transmitir a informação importante o mais simples e eficaz possível.

Tabela 9 – (4.8) Compreensão das informações sobre saúde

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sente que consegue entender as informações de saúde que encontra online?	157	90,2	17	9,8
Tem dificuldade em entender termos médicos ou informações técnicas?	47	27,0	127	73,0
Costuma pedir esclarecimentos quando não entende algo relacionado com a sua saúde?	170	97,7	4	2,3

4.6. Índice G-HL16

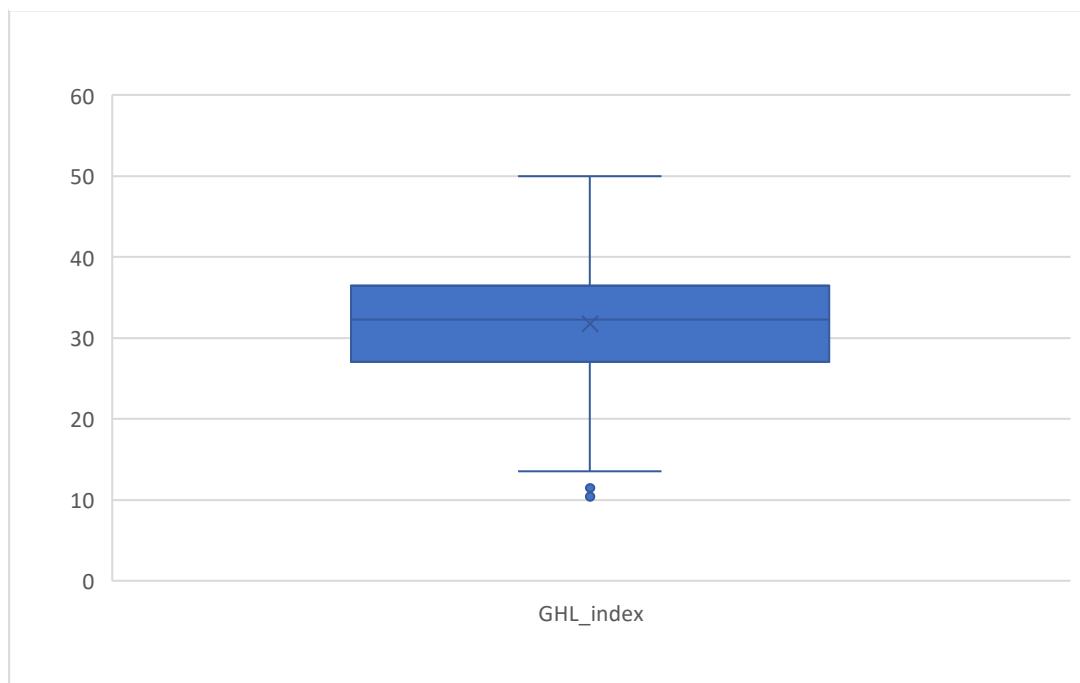
O índice foi padronizado no índice HL geral (índice G-HL16), através de uma escala métrica vertical entre 0 – 50. O índice G-HL16 foi calculado da seguinte forma: $\text{índice G-HL16} = (\text{média} - 1) \times (50/3)$. Todos os itens foram considerados como “média”. Foram definidos quatro níveis de Literacia em Saúde: inadequado (0 – 25), problemático (25,1 – 33), suficiente (33,1 – 42) e excelente (42,1 – 50).

Nesta amostra os resultados do índice estão compreendidos entre 10,4 e 50. A média da amostra do índice é categorizado como problemático, sendo o seu valor 31,747 e a mediana, ou seja, onde se encontra metade da amostra é 32,292. Recorremos a um *boxplot* para melhor visualização da distribuição do índice da amostra. Pelo gráfico 1 é possível perceber que o *boxplot* encontra-se assimétrico com desvio negativo e com um *outlier*, correspondente a um indivíduo com o índice mínimo.

Tabela 10 – (4.9) Relação entre o nível de literacia em saúde e o género

		Género					
		Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
G-HL16	Inadequado	19	19,2	10	13,3	29	16,7
	Problemático	36	36,4	24	32,0	60	34,5
	Suficiente	42	42,4	34	45,3	76	43,7
	Excelente	2	2,0	7	9,3	9	5,2

Figura 3 – (4.1) Boxplot do nível de literacia em saúde dos participantes



4.7. Relação nos Níveis de Literacia em Saúde de acordo com as variáveis demográficas

De seguida, procede-se à comparação entre os indivíduos nas diferentes variáveis demográficas (género, grupo etário, situação laboral, situação familiar e grau de escolaridade) no que diz respeito à categoria do índice G-HL16. Foram realizadas tabelas de contingência entre as variáveis categóricas para testar a sua independência com o índice G-HL16 recorrendo ao teste do qui-quadrado (H_0 : “As variáveis são independentes” vs H_1 : “As variáveis não são independentes”) a um nível de significância estatística de 5%.

Através do teste qui-quadrado, utilizado para testar a independência entre a variável índice G-HL16 e o género, conseguimos perceber pela tabela de contingência que existem mais mulheres que têm um índice Excelente (7 vs 2 – Tabela 10), mas nas restantes categorias existem mais homens do que mulheres. Não existe nenhum valor extremo que dê para detetar alguma relação entre as variáveis Índice G-HL16 e género. Observado o valor da estatística de teste (5,609) com 3 graus de liberdade e o p -value de 0,132, podemos concluir que não podemos rejeitar a hipótese nula, pois não existe evidência estatística para afirmar que as variáveis não são independentes, isto é, o Índice G-HL16 e o género são variáveis que não têm uma relação.

O mesmo processo foi feito com as restantes variáveis categóricas demográficas, sendo que o p -value para grupo etário (0,251), situação laboral (0,321) e situação familiar (0,449) mostrou-se acima de 0,1, logo não podemos rejeitar a hipótese nula para nenhum dos casos, o que significa que estas variáveis demográficas para esta amostra são independentes do Índice G-HL16.

Relativamente ao grau de escolaridade, recorrendo ao teste do qui-quadrado, cujo valor observado da estatística de teste é de 26,783, com 15 graus de liberdade e p -value igual a 0,031 e este p -value sendo inferior ao nível de significância de 5%, podemos rejeitar a hipótese nula. Assim, os resultados obtidos evidenciam a existência de uma associação estatisticamente significativa entre o Índice G-HL16 e a variável escolaridade, indicando que o nível de literacia em saúde, tal como medido por este índice, varia em função do grau de escolaridade dos indivíduos. Para uma melhor compreensão desta dependência recorreremos ao coeficiente de correlação de *Spearman* que descreve a relação entre os pontos de duas variáveis. O valor obtido para o coeficiente de *Spearman* foi de 0,219, o que, de acordo com os critérios de interpretação de (Cohen, 1992), corresponde a uma correlação fraca. Embora a força da associação não seja elevada, o resultado sugere que níveis mais altos de escolaridade tendem a estar associados a níveis mais elevados de literacia em saúde, reforçando a importância da educação formal como fator potenciador da capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar informação em saúde.

5. Discussão

Este capítulo apresenta a análise crítica dos resultados obtidos, destacando os mais relevantes e comparando-os com a literatura científica existente.

Os resultados obtidos neste estudo indicam que a maioria dos indivíduos apresenta níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos (51,2%), sendo apenas 5,2% classificados como excelente. Este panorama reforça a preocupação já evidenciada por Sørensen, que afirma que 30-65% da população enfrentam problemas de literacia em saúde limitada, o que pode levar a desigualdades para os utentes e problemas associados aos indicadores económicos nos cuidados de saúde, com impacto direto na gestão individual da saúde e nos sistemas de saúde (Sørensen, 2018).

Para além disso, os resultados obtidos também estão em consonância com os do estudo *Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications*, em que 49% da população portuguesa apresentou níveis problemáticos ou inadequados de literacia em saúde no *General Health Literacy Index*, 45,4% relativamente ao *Healthcare Literacy Index*, 45,5% no que toca ao *Disease Prevention Literacy Index* e, por último, 51,1% no *Health Promotion Literacy Index* (Espanha & Ávila, 2016). Apesar de a percentagem neste estudo ter sido ligeiramente superior (51,2%), a composição da amostra – utentes seguidos numa instituição de referência como a APDP – evidencia que nem mesmo o acompanhamento contínuo e acesso regular a cuidados garante níveis adequados de literacia em saúde.

Por outro lado, apesar do estudo *Health Literacy Population Survey Project (HLS-19)*, com uma amostra de 1247 indivíduos, ter indicado que a maioria dos indivíduos (cerca de 70%) apresenta níveis de literacia em saúde suficiente ou excelente, os resultados deste estudo revelam uma realidade distinta – apenas 48,8% apresentaram valores de literacia em saúde satisfatórios e 51,2% apresentam valores inadequados ou problemáticos. Esta discrepância sugere que a literacia em saúde em doentes com doenças crónicas, como a diabetes, pode apresentar níveis abaixo da população em geral, mesmo que estes tenham um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde (M. Arriaga et al., 2022).

Em relação à escolaridade dos inquiridos, este estudo mostrou que níveis de escolaridade mais elevados tendem a estar associados a melhores níveis de literacia em saúde, o que é corroborado pelo estudo anteriormente referido e desenvolvido por Espanha & Ávila, 2016 e também pelo estudo de Clouston et al., 2017, que identificaram que homens com menor escolaridade tendem a apresentar níveis significativamente mais baixos de literacia em saúde em idades mais avançadas. Para além destes, também o estudo desenvolvido por Heide et

al., refere que baixos níveis de escolaridade estão associados com uma percepção negativa do próprio estado de saúde (Van Der Heide et al., 2013).

A comparação dos resultados obtidos neste estudo com a literatura nacional e internacional permite destacar a importância da literacia em saúde como um importante fator na gestão de cuidados. O artigo de Ruth Parker (2000) aponta para o elevado número de pacientes americanos com dificuldades em compreender instruções médicas, termos técnicos e rótulos de medicamentos – uma realidade também evidenciada no presente estudo, no qual 27% dos utentes relataram dificuldades com a linguagem técnica, apesar de 59,8% possuírem ensino superior (Parker, 2000). Embora a escolaridade esteja correlacionada com o nível de literacia em saúde, esta discrepância entre o nível académico e a compreensão das informações sobre saúde, reforça a ideia de que a escolaridade, isoladamente, não assegura uma literacia em saúde funcional.

Além disso os resultados obtidos alinham-se com os de Chen et al., 2018, que evidenciam que indivíduos com níveis mais baixos de literacia em saúde tendem a confiar mais em fontes informais, como redes sociais e meios televisivos, e menos em profissionais de saúde e plataformas institucionais. Neste estudo, observou-se uma elevada autopercepção de compreensão da informação online (90,2%), contrastando com a reduzida utilização de serviços como o SNS 24 (73% nunca recorreram), bem como dificuldades reportadas na interpretação de termos médicos ou informações técnicas (27%), o que pode traduzir uma sobrevalorização das próprias competências no que toca aos meios digitais. Para além disso, ter acesso à internet não garante a capacidade de utilizar corretamente a informação em saúde disponível, como podemos observar no estudo realizado a estudante universitários, embora sejam de um grupo etário diferente da amostra do presente estudo, onde foram identificados níveis insuficientes de literacia digital em saúde, nomeadamente no que diz respeito à capacidade de procurar, interpretar e avaliar as informações de saúde disponíveis, de forma eficaz (Stellefson et al., 2011).

Em relação à gestão institucional, os resultados deste estudo estão alinhados com as conclusões de Farmanova et al., que introduziram o conceito de literacia em saúde organizacional. De acordo com os autores, a falta de adaptação da linguagem e dos procedimentos ao nível de literacia em saúde dos utentes, tende a levar a maiores taxas de readmissão hospitalar e menor adesão aos tratamentos (Farmanova et al., 2018), como podemos observar pelo facto de 17,8% dos indivíduos neste estudo ter referido deixar de tomar a medicação por se sentir melhor ou pior.

Por outro lado, alguns autores como Rudd, destacam que alguns modelos de gestão desvalorizam a literacia em saúde como um fator estrutural (Rudd, 2015). Este estudo contraria essa perspetiva, evidenciando que conhecer o perfil de literacia em saúde dos

utentes, é fundamental para adaptar a comunicação, bem como para desenvolver estratégias de prevenção mais eficazes.

Neste contexto, este estudo destaca a importância de apontar a literacia em saúde como um processo de melhoria de gestão organizacional, destacando o seu papel no funcionamento organizacional e não apenas como uma variável para uma comunicação eficaz.

A literacia em saúde revela-se, assim, como um fator determinante na prestação de cuidados de qualidade, no compromisso dos utentes com os seus tratamentos e na utilização consciente dos serviços de saúde. Os resultados obtidos apontam para a urgência de adotar estratégias institucionais baseadas numa comunicação acessível, educação em saúde e promoção contínua da literacia em saúde.

6. Conclusões

Este estudo permitiu evidenciar que a literacia em saúde constitui um fator estratégico e fundamental para a gestão de uma instituição de saúde, como é o caso da APDP. Com base numa amostra de 174 indivíduos, verificou-se que a maioria apresenta níveis de literacia classificados como problemáticos ou inadequados (51,2%), sendo apenas uma pequena percentagem considerada com literacia excelente (5,2%). A prevalência destes níveis menos satisfatórios evidencia a necessidade urgente de implementar medidas que proporcionem a compreensão, o acesso e a utilização adequada da informação em saúde. Os dados obtidos demonstram que, mesmo populações com maior grau de escolaridade ou com acesso contínuo a cuidados especializados, enfrentam desafios significativos na interpretação da informação em saúde, o que pode comprometer a adesão terapêutica, a utilização adequada dos serviços e a autonomia dos utentes.

A comunicação em saúde desempenha, assim, um papel fundamental na promoção e disseminação de comportamentos saudáveis, ao articular os princípios da saúde pública com uma relação mais próxima entre profissionais de saúde e utentes (Espanha, 2020).

Embora os profissionais de saúde disponham de um vasto conjunto de ferramentas que facilitam a comunicação em saúde, a evolução das tecnologias da informação e da comunicação tem também possibilitado uma relação mais direta e acessível entre os utentes e os serviços de saúde. Neste contexto, o conceito de literacia em saúde assume um papel central, dado o seu impacto significativo não só na qualidade de vida das populações, mas também na sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde (Espanha & Ávila, 2016).

A literacia em saúde refere-se à capacidade dos indivíduos para compreender, interpretar e aplicar de forma eficaz a informação relacionada com a saúde. O nível de literacia da população está intrinsecamente ligado à obtenção de melhores resultados em saúde, traduzindo-se em benefícios tanto individuais quanto coletivos. Populações com níveis elevados de literacia em saúde tendem a utilizar os serviços de forma mais adequada, reconhecendo sinais de alerta, tomando decisões informadas e agindo precocemente — o que contribui para evitar complicações e sobrecarga dos sistemas de saúde (Chen et al., 2018).

Com a quantidade de informação disponível e os meios digitais a entrar cada vez mais cedo na vida das pessoas, importa saber seleccionar a informação disponível sobre saúde que possa desde cedo ensinar as pessoas a desenvolver comportamentos saudáveis e de promoção de saúde.

Neste sentido, a integração da dimensão digital revela-se essencial. Aponta-se, portanto, para a necessidade de implementação de formação digital básica para utentes com menor

literacia tecnológica, a criação de conteúdos online simplificados — como vídeos curtos e guias passo-a-passo — e a adoção de estratégias híbridas, que alternem entre formatos digitais e presenciais, de modo a evitar exclusão e assegurar o acesso equitativo à informação.

A literacia em saúde, nomeadamente a literacia em saúde organizacional, deve ser integrada como componente estratégica para a gestão de serviços de saúde. Como referido por *Farmanova et al.*, organizações que adotam práticas de comunicação eficazes e orientadas para o utente — como por exemplo aplicação de sinalética, uso de linguagem simples, documentos com descrição de contexto, entre outros — tendem a alcançar melhores resultados clínicos e eficiência operacional (Farmanova et al., 2018).

Neste enquadramento, os resultados obtidos podem e devem ser articulados com a Estratégia Nacional para a Literacia em Saúde e com iniciativas desenvolvidas pela Direção-Geral da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, podendo a APDP servir como caso-piloto na aplicação de estratégias de comunicação adaptadas às necessidades dos utentes. Para além disso, os dados recolhidos sobre literacia em saúde podem ser usados para influenciar o planeamento de serviços e apoiar a definição de políticas públicas, em particular no âmbito da gestão de doenças crónicas.

A literacia em saúde é, assim, um assunto de enorme relevo nos dias que correm, uma vez que elevados níveis de literacia em saúde levam a populações mais informadas e populações mais informadas levam a bons resultados em saúde.

Os resultados deste estudo devem, no entanto, ser interpretados tendo em conta as seguintes limitações: uma amostra de apenas 174 indivíduos, a amostragem não probabilística por conveniência e o facto de a recolha ter ocorrido online, o que poderá ter excluído alguns indivíduos com baixa literacia em saúde digital ou com acesso limitado à internet. Além disso, o instrumento de avaliação de literacia em saúde utilizado baseia-se na autoperceção dos participantes, o que pode induzir a enviesamentos.

Sugere-se que, em futuras investigações, sejam realizadas comparações entre diferentes tipos de instituições (por exemplo, públicas vs privadas) e que seja analisado o impacto direto da literacia em saúde nos custos operacionais, no tempo de atendimento e no número de readmissões. Adicionalmente, propõe-se ainda o recurso a metodologias mistas (quantitativas e qualitativas) que permitam compreender de forma mais aprofundada as perceções e barreiras dos utentes, bem como a realização de avaliações longitudinais que possibilitem medir a evolução da literacia em saúde após a implementação de intervenções práticas.

Referências Bibliográficas

- Alqarni, A. S., Pasay-as, E., Saguban, R., Cabansag, D., Gonzales, F., Alkubati, S., Villareal, S., Ann Lagura, G. A. L., Alshmmari, S. A., Aljarboa, B. E., & Jr, R. M. (2023). Relationship between the Health Literacy and Self-Medication Behavior of Primary Health Care Clientele in the Hail Region, Saudi Arabia: Implications for Public Health. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ*, 13, 13. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13060080>
- Andrade, Á., Augusto, B., Fernandes, C., Santos, C., Rodrigues, C., Almeida, C. V., Brito, D. V., Lopes, G., Andrade, M., Martins, P., Gonçalves, S., Abrunheiro, S., Ramos, S., Morgado, T., & Almeida, Z. (2020). *Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento. Coletânea em Comunicações*.
- André, S., & Ribeiro, P. (2020). *E-HEALTH: AS TIC COMO MECANISMO DE EVOLUÇÃO EM SAÚDE*. 28, 95–116. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9467>
- Arriaga, M. T. de. (2019). *Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor Literacia em Saúde do cidadão*.
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sørensen, K., Dietscher, C., & Costa, A. (2022). Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
- Arriaga, M. T., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *PLANO DE AÇÃO PARA A LITERACIA EM SAÚDE HEALTH LITERACY ACTION PLAN PORTUGAL*. www.dgs.pt
- Bailey, S. C., Brega, A. G., Crutchfield, T. M., Elasy, T., Herr, H., Kaphingst, K., Karter, A. J., Moreland-Russell, S., Osborn, C. Y., Pignone, M., Rothman, R., & Schillinger, D. (2014). Update on Health Literacy and Diabetes. *The Diabetes Educator*, 40(5), 581–604. <https://doi.org/10.1177/0145721714540220>
- Barreto, M., Da, S., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1).
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. In *Public Health* (Vol. 132, pp. 3–12). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., McElhinney, E., Nutbeam, D., Okan, O., Osborne, R., Pelikan, J., Rootman, I., Rowlands, G., Nunes-Saboga, L., Simmons, R., Sørensen, K., Van den Broucke, S., Velardo, S., & Wills, J. (2018). IUHPE Position

- Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Global Health Promotion*, 25(4), 79–88. <https://doi.org/10.1177/1757975918814421>
- Budd, J., Miller, B. S., Manning, E. M., Lampos, V., Zhuang, M., Edelstein, M., Rees, G., Emery, V. C., Stevens, M. M., Keegan, N., Short, M. J., Pillay, D., Manley, E., Cox, I. J., Heymann, D., Johnson, A. M., & McKendry, R. A. (2020). Digital technologies in the public-health response to COVID-19. In *Nature Medicine* (Vol. 26, Issue 8, pp. 1183–1192). Nature Research. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1011-4>
- Buss, P. M., Hartz, Z. M. de A., Pinto, L. F., & Rocha, C. M. F. (2020). *Health promotion and quality of life: a historical perspective of the last two 40 years (1980-2020)*. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- Byhoff, E., Kangovi, S., Berkowitz, S. A., DeCamp, M., Dzung, E., Earnest, M., Gonzalez, C. M., Hartigan, S., Karani, R., Memari, M., Roy, B., Mhs, M., Schwartz, M. D., Volerman, A., & DeSalvo, K. (2020). A Society of General Internal Medicine Position Statement on the Internists' Role in Social Determinants of Health. *J Gen Intern Med*, 35(9), 2721–2728. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05934-8>
- Chaves, L. V. (2023). Literacia em saúde digital. *Servir*, 2. <https://doi.org/10.48492/servir021e>
- Chen, X., Hay, J. L., Waters, E. A., Kiviniemi, M. T., Biddle, C., Schofield, E., Li, Y., Kaphingst, K., & Orom, H. (2018). Health Literacy and Use and Trust in Health Information. *Journal of Health Communication*, 23(8), 724–734. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1511658>
- Clouston, S., Manganello, J., & Richard, M. (n.d.). *A life course approach to health literacy- the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability*. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw229>
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Espanha, R. (2013). Informação e Saúde. *Fundação Francisco Manuel Dos Santos e Rita Espanha*.
- Espanha, R. (2016). Informação sobre saúde: as fontes de informação e a construção da autonomia. *Revista Fatores de Risco*, 15–23.
- Espanha, R. (2020). A Literacia em Saúde e a Comunicação de Risco em Saúde Pública. *Comunicação Pública*, Vol.15 nº 29. <https://doi.org/10.4000/cp.11303>
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033–1041. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.09.277>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, V. (2016a). *Literacia em Saúde em Portugal - Relatório Síntese*. 44. <http://www.gulbenkian.pt>

- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, V. (2016b). *Literacia em Saúde em Portugal - Relatório Síntese*. 44.
- Espanha, R., Ávila, P., Veloso Mendes, R., Fernandes, J., & Calouste Gulbenkian, F. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal - Relatório Síntese*. <http://www.gulbenkian.pt>
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry (United States)*, 55. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Huizinga, M. M., Carlisle, A. J., Cavanaugh, K. L., Davis, D. L., Gregory, R. P., Schlundt, D. G., & Rothman, R. L. (2009). Literacy, Numeracy, and Portion-Size Estimation Skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 324–328. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.11.012>
- Jessup, R. L., Osborne, R. H., Beauchamp, A., Bourne, A., & Buchbinder, R. (2017). *Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1973-6>
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2013). *Health literacy: the solid facts*.
- Laing, R., Thompson, S. C., Elmer, S., & Rasiah, R. L. (2020). *Fostering Health Literacy Responsiveness in a Remote Primary Health Care Setting: A Pilot Study*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082730>
- Lopes, C., & Vaz De Almeida, C. (2022). *Introdução: O papel da literacia em saúde na prevenção da doença e na proteção e promoção da saúde*.
- Marmot, M., & Commission on Social Determinants of Health. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370, 1153–1163. <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Miguel, C., Mingote, G., Marisa, C., Conceição Mingote, V., Ferreira, E. A., Castelo, M., Sousa, B., & Rodrigues, M. C. (2024). Health literacy of patients with hypertension. *Portuguese Society of Hypertension*. <https://doi.org/10.58043/rphrc.113>
- Naeim, A. (2011). Communication and treatment decision making. In *Management of Cancer in the Older Patient: Expert Consult - Online and Print* (pp. 109–112). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1398-5.10012-8>
- Nock, A. M., Metzging, S., Jürgensen, I. N., & Petersen-Ewert, C. (2023). Health Literacy in Adults with Chronic Diseases in the Context of Community Health Nursing: A Scoping Review. *Nursing Reports*, 13(2), 823–834. <https://doi.org/10.3390/NURSREP13020072/S1>
- Nunes, C., Almeida, C. V. de, & Belim, C. (2020). Health Literacy in Younger Age Groups: Health Care Perceptions: Informed People Will Be More Prepared People. *OALib*, 07(03), 1–14. <https://doi.org/10.4236/oalib.1106187>

- Nunes, C., Barroca, M., & Marino, P. (2019). *Promoção da literacia em saúde através dos media*.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–257. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? In *International Journal of Public Health* (Vol. 54, Issue 5, pp. 303–305). Birkhauser Verlag AG. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Nutbeam, D., McGill, B., & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: A review of progress. *Health Promotion International*, 33(5), 901–911. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>
- OCDE, & European Observatory on Health Systems and Policies. (n.d.). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023, State of Health in the EU*.
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OECD. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024*. OECD. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.5993/ajhb.31.s1.4>
- Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. In *HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL* (Vol. 15, Issue 4). <http://www.nlm.nih.gov/pubs/>
- Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. In *Journal of Health Communication* (Vol. 15, Issue SUPPL. 2, pp. 20–33). <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Pedro, A. R., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O., Escoval, A., & Simões Dias, S. (2023). Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? In *Health Promotion International* (Vol. 24, Issue 3, pp. 285–296). <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
- Pignone, M., DeWalt, D. A., Sheridan, S., Berkman, N., & Lohr, K. N. (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy: A systematic review. In *Journal of*

- General Internal Medicine* (Vol. 20, Issue 2, pp. 185–192). <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40208.x>
- Protheroe, J., Wallace, L. S., Rowlands, G., & Devoe, J. E. (2009). Health literacy: Setting an international collaborative research agenda. *BMC Family Practice*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-51>
- Rodrigues, V. (2018). Literacia em saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 679–680. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>
- Rothman, R. L., So, S. A., Shin, J., Malone, R. M., Bryant, B., Dewalt, D. A., Pignone, M. P., & Dittus, R. S. (2006). Labor Characteristics and Program Costs of a Successful Diabetes Disease Management Program. In *THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE* (Vol. 12, Issue 5). <http://www.med.unc.edu>
- Rudd, R. E. (2015). The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7–9. <https://doi.org/10.1179/1753806815Z.000000000105>
- Saboga-Nunes, L., Sorensen, K., & Pelikan, J. M. (n.d.). *HERMENÊUTICA DA LITERACIA EM SAÚDE E SUA AVALIAÇÃO EM PORTUGAL (HLS-EU-PT)*. www.literacia-saude.info
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2023). *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes-Edição de 2023 DIABETES Factos e Números*. www.spd.pt
- Sørensen, K. (2018). Health literacy in four decades: from clinical challenge to a global social movement. *BMJ GH Blogs*.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth Literacy Among College Students- A Systematic Review With Implications for eHealth Education. *JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH*, 13(4).
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Newman, A. B., Rosano, C., Rooks, R., Rubin, S. M., Ayonayon, H. N., & Schillinger, D. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 806–812. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x>
- Van Den Broucke, S. (2014). Needs, norms and nudges: The place of behaviour change in health promotion. In *Health Promotion International* (Vol. 29, Issue 4, pp. 597–600). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau099>
- Van Der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Ueters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the

- dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18(SUPPL. 1), 172–184. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668>
- Westlake, C., Sethares, K., & Davidson, P. (2013). How can health literacy influence outcomes in heart failure patients? mechanisms and interventions. *Current Heart Failure Reports*, 10(3), 232–243. <https://doi.org/10.1007/s11897-013-0147-7>
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- World Health Organization. (2013). *Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century*. <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- World Health Organization. (2023, September 16). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2024). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Zhang, J., Li, J., Kwak, D.-H., Zolotarev, O. V, Wang, C., Wu, X., & Qi, H. (2021). *Citation: A Comprehensive Analysis of E-Health Literacy Research Focuses and Trends*. <https://doi.org/10.3390/healthcare>

Anexos

Anexo A – Questionário aplicado aos utentes da APDP

O presente estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE e tem por objetivo avaliar o valor da literacia em saúde para a gestão de uma instituição de saúde.

Os seus dados serão tratados de forma anónima e confidencial e serão utilizados apenas para fins científicos e académicos.

O preenchimento do questionário levará, aproximadamente, 5 minutos.

O seu contributo para esta investigação é fundamental!

Muito obrigada, desde já, pela sua colaboração.

Em caso de dúvidas poderá contactar a investigadora, Daniela Vermelho, através do e-mail: danielafermelho@gmail.com

A participação neste estudo é livre e voluntária, pelo que a sua aceitação é fundamental. Ao prosseguir e responder a este questionário, está a dar o seu consentimento informado para a utilização das suas respostas conforme descrito acima.

☐ Aceito

☐ Não aceito

1. Idade: _____

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Escolaridade:

☐ Só sabe ler e escrever

☐ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano)

☐ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano)

☐ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano)

☐ Ensino Secundário (10º - 12º ano)

☐ Ensino Superior

4. Situação familiar:

☐ Solteiro/a

☐ Casado/a ou em união de facto

☐ Divorciado/a

☐ Viúvo/a

5. Situação laboral:

- ☐ Empregado/ autoemprego
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado/a ou Aposentado/a
- ☐ Estudante
- ☐ Doméstico/a

Cuidados de Saúde

1. Você toma medicação diária?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2. Você toma a sua medicação diária, conforma indicada pela equipa médica?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

3. Com que frequência você se esquece de tomar a sua medicação?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Sempre
- ☐ Não se aplica

4. Já deixou de tomar a sua medicação por se sentir melhor ou pior?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

5. No último ano, quantas vezes utilizou para si os seguintes serviços de saúde?

	Nunca	1 - 2 vezes	3 - 5 vezes	6 ou mais	Não sei/ não respondo
Urgência hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐
Consulta de Medicina Geral e Familiar	☐	☐	☐	☐	☐
Consulta de outra especialidade	☐	☐	☐	☐	☐
Urgência do centro de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Linha de apoio SNS 24	☐	☐	☐	☐	☐

6. Com que frequência você se desloca às instalações da APDP?

- ☐ Nunca
- ☐ 1 – 2 vezes por ano
- ☐ 3 – 5 vezes por ano
- ☐ 6 ou mais vezes por ano
- ☐ Não sei/ não respondo

7. Qual foi a razão da sua última visita à APDP? _____

8. Você já deixou de visitar a unidade de saúde devido a dificuldades de agendamento ou tempo de espera?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Fontes de Informação

Procurar informações de saúde confiáveis é essencial para tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde pessoais e familiares. Existem várias fontes e canais onde pode encontrar informações de saúde de qualidade.

1. Com que frequência utiliza cada uma das seguintes fontes e canais para procurar informação de saúde?

	Nunca	Com pouca frequência	Com muita frequência	Sempre	Não sei/ não respondo
Governamentais e/ou Organizações internacionais (Ministério da Saúde, DGS, OMS, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Instituições de saúde e Hospitais	☐	☐	☐	☐	☐
Publicações Científicas e Revistas Médicas	☐	☐	☐	☐	☐
Profissionais de Saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Amigos e/ou familiares	☐	☐	☐	☐	☐
Redes Sociais (ex. Twitter, Facebook, Instagram, WhatsApp, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Televisão e/ou Rádio	☐	☐	☐	☐	☐
Imprensa escrita (jornais e revistas)	☐	☐	☐	☐	☐
Pesquisa livre na Internet (Google, Youtube, Podcasts)	☐	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐	☐

2. Indique qual o seu grau de familiaridade com tecnologias como: SMS, e-mail, apps de mensagens (WhatsApp, etc.), sendo que 1 é mau e 5 é muito bom.

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☐	Muito bom

3. Você sente que consegue entender as informações de saúde que encontra online?
☐ Sim
☐ Não
4. Você tem dificuldades para entender termos médicos ou informações técnicas sobre saúde?
☐ Sim
☐ Não
5. Você costuma pedir esclarecimentos quando não entende algo relacionado com a sua saúde?
☐ Sim
☐ Não

European Health Literacy Survey, Questionnaire (HLS-EU-Q16)

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a:

1. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?
☐ Muito difícil
☐ Difícil
☐ Fácil
☐ Muito fácil
☐ Não sei
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?
☐ Muito difícil
☐ Difícil
☐ Fácil
☐ Muito fácil
☐ Não sei
3. Compreender o que o profissional de saúde lhe diz?
☐ Muito difícil
☐ Difícil
☐ Fácil
☐ Muito fácil
☐ Não sei
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?
☐ Muito difícil

- ☐ Difícil
 - ☐ Fácil
 - ☐ Muito fácil
 - ☐ Não sei
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?
- ☐ Muito difícil
 - ☐ Difícil
 - ☐ Fácil
 - ☐ Muito fácil
 - ☐ Não sei
6. Usar a informação que o profissional de saúde lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?
- ☐ Muito difícil
 - ☐ Difícil
 - ☐ Fácil
 - ☐ Muito fácil
 - ☐ Não sei
7. Seguir as instruções dos profissionais de saúde?
- ☐ Muito difícil
 - ☐ Difícil
 - ☐ Fácil
 - ☐ Muito fácil
 - ☐ Não sei
8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o *stress* ou a depressão?
- ☐ Muito difícil
 - ☐ Difícil
 - ☐ Fácil
 - ☐ Muito fácil
 - ☐ Não sei
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?
- ☐ Muito difícil
 - ☐ Difícil
 - ☐ Fácil
 - ☐ Muito fácil
 - ☐ Não sei

10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?

- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Fácil
- ☐ Muito fácil
- ☐ Não sei

11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?

- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Fácil
- ☐ Muito fácil
- ☐ Não sei

12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?

- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Fácil
- ☐ Muito fácil
- ☐ Não sei

13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?

- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Fácil
- ☐ Muito fácil
- ☐ Não sei

14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?

- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Fácil
- ☐ Muito fácil
- ☐ Não sei

15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?

- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Fácil

- ☐ Muito fácil
- ☐ Não sei

16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?

- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Fácil
- ☐ Muito fácil
- ☐ Não sei

Anexo B – Pedido de autorização para utilização do questionário *HLS-EU-PT-Q16*

Pedido de autorização para aplicação do HLS-EU-PT-Q16



Daniela Vermelho <danielafermelho@gmail.com>
para rita.pedro@ensp.unl.pt

segunda, 6/05/2024, 08:00 ☆ 😊 ↩ ⋮

Bom dia Exma. Ana Rita Pedro,

O meu nome é Daniela Vermelho e, atualmente, sou estudante universitária no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, a frequentar o mestrado em Gestão de Serviços de Saúde.

Neste momento encontro-me a desenvolver a minha dissertação intitulada "Valor da Literacia em Saúde para a Gestão de uma Instituição de Saúde" na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), com o objetivo de compreender o valor da Literacia em Saúde para a gestão de uma organização de saúde. neste caso, a APDP.

Neste sentido, escrevo-lhe este e-mail com o intuito de pedir autorização para a utilização do HLS-EU-PT-Q16 e o instrumento em si.

Com os melhores cumprimentos,

Daniela Vermelho

Autorização para utilização do HLS-EU-PT-Q16 no contexto/projeto requerido



Caixa de entrada x



Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>
para Ana

terça, 7/05/2024, 10:38 ☆ 😊 ↩ ⋮

Bom dia.

É com muito gosto que autorizamos a utilização da escala por nós validada para o contexto português. Conforme solicitado, envio em anexo a referida escala.

Peço que em publicações e comunicações seja citado o artigo de validação da mesma em Portugal: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/2892>

Se for necessária ajuda para o calculo dos Scores, por favor não hesite em contactar.

Dado que este é um tema de foco na nossa investigação, gostaríamos de poder ir acompanhando os resultados a que chegarem, pelo que solicito que os partilhem connosco quando for oportuno.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD

Escola Nacional de Saúde Pública

Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754

Avenida Padre Cruz | 1600-560 Lisboa | Portugal

rita.pedro@ensp.unl.pt | www.enesp.unl.pt



Anexo C – Parecer da Comissão de Ética da APDP

No dia 26/06/2024, às 18:00, APDP Comissão Ética <comissaoetica@apdp.pt> escreveu:

Boa tarde.

Cumpr-me informar V. Exas que a Comissão de Ética para a Saúde da APDP emitiu **PARECER FAVORÁVEL**, para a realização do Estudo supracitado, por **Ofício nr. 166/2024** de 26 de Junho de 2024.

Sempre ao dispor.

Cumprimentos,

Paula Cândido

Secretária

Comissão de Ética para a Saúde da APDP

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

R. Salitre, 118-120 1250-203 Lisboa

Tel. +351 21 381 61 00 | NIPC: 500 851 875 | www.apdp.pt