



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Claudina Maria Martins

“EU, OS OUTROS E TODOS NÓS”

LITERACIA EM SAÚDE E PANDEMIA COVID-19

Dissertação no âmbito do mestrado em Sociologia orientada pela
Professora Doutora Ana Raquel Matos, apresentada à Faculdade
de Economia da Universidade de Coimbra

Junho de 2021

Para a avó Claudina.

Agradecimentos

À professora Ana Raquel Matos pelo acompanhamento, motivação e liberdade oferecida para a construção desta tese.

À professora Paula Abreu, pela disponibilidade constante e auxílio prestado.

À minha mãe por me ensinar a ter empatia pelos outros e acreditar no meu desenvolvimento pessoal e académico.

A todos os que ajudaram a que esta dissertação fosse possível: Junta de freguesia de Selho São Lourenço e Gominhões, Agrupamento de Escolas do Vale de S. Torcato, Vila Ativa HeathClub, Unidade de Saúde Familiar de S. Torcato e a todas as pessoas individuais que responderam ao inquérito.

Aos meus “Amores de Coimbra” que acompanharam cada detalhe da minha vida académica, fornecendo auxílio, inspiração e motivação e que por cada café, jantar ou hora de estudo se tornaram os “Segredos desta cidade| [que] Levo comigo pra vida!”.

A Coimbra!

Resumo

Durante a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, a Literacia em Saúde adquiriu maior visibilidade, tendo, aliás, justificado a produção de relatórios/orientações específicas por parte das autoridades nacionais de saúde sobre a sua relação com a doença. Neste contexto, a literacia em saúde tornou-se uma variável incontornável na análise do combate ativo à pandemia, justificada, sobretudo, pela sua potencial influência na adoção e adequação de comportamentos (individuais e coletivos) como estratégia de prevenção da doença, assim como no cuidado e promoção da saúde e do bem-estar individual e da comunidade. Com esta dissertação pretendemos perceber como os diferentes níveis de Literacia em Saúde influenciam o comportamento dos/as cidadãos/cidadãs no contexto da pandemia Covid-19, tendo sido, para tal, aplicado um inquérito por questionário a uma amostra da população residente na região do Vale de São Torcato, Guimarães. Através da análise dos resultados obtidos, concluímos que para a população em análise, variáveis sociodemográficas como “género”, “rendimento mensal líquido do agregado familiar e Uso/Acesso a Recursos Tecnológicos se constituem como fatores que influenciam o nível de Literacia em Saúde, sendo possível estabelecer relações específicas no quadro da pandemia, exploradas neste trabalho. Desta forma, num quadro de saúde pública ainda repleto de incertezas, este trabalho permite-nos constatar que quanto mais elevado for o nível de literacia em saúde de um indivíduo, maior será a sua propensão para que adote e adeque os seus comportamentos ao contexto pandémico, em conformidade com as orientações dos organismos de saúde, nacionais e internacionais.

Abstract

During the pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus, Health Literacy gained greater visibility, justifying the production of specific reports/guidelines by national health authorities on its relationship with the disease. In this context, health literacy has become an unavoidable variable in the analysis of the active fight against the pandemic, justified, above all, by its potential influence on the adoption and adequacy of behaviours (individual and collective) as a disease prevention strategy, as well as on the care and promotion of health and individual and community well-being. This dissertation aims to understand how the different levels of Health Literacy influence the behaviour of citizens in the context of the Covid-19 pandemic. To this end, a questionnaire survey was applied to a sample of the population living in the region of Vale de São Torcato, Guimarães. Through the analysis of the results obtained, we concluded that, for the population under analysis, sociodemographic variables such as "gender", "household's net monthly income" and "use/access to technological resources" are features that influence the level of Health Literacy, being possible to establish specific relationships in the context of the pandemic, explored in this work. Thus, in a public health framework still full of uncertainties, this study allows us to conclude that the higher the level of health literacy of an individual, the greater his/her tendency to adopt and adequate his/her behaviours to the pandemic context, in accordance with the guidelines of national and international health organisms.

Lista de siglas

CR – Comunicação de Risco

DGS Direção Geral da Saúde

HLS-EU – Health Literacy Survey- European Union

LS – Literacia em Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – Person Centered Care

SNS – Sistema Nacional de Saúde

p – Significância estatística

rs – Coeficiente de correlação de Spearman

\bar{x} ord – Média ordinal

x_{máx} – Valor máximo

x_{mín} – Valor mínimo

z – Teste U de Mann-Whitney

χ^2 – Teste de Kruskal-Wallis

Lista de Tabelas

Tabela 1: Escala de classificação dos níveis de LS

Tabela 2: Alpha Cronbach para os quatro índices de Literacia em Saúde

Tabela 3 - Média e Desvio-Padrão do Índices Geral de Literacia em Saúde

Tabela 4: Distribuição da amostra por Nível de Literacia em Saúde

Tabela 5: Dados Sociodemográficos Idade e Género

Tabela 6: Dados Sociodemográficos: Escolaridade, Situação Profissional, Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar (per capita), Setor de Atividade Económica

Tabela 7: Comparação da LS em função da Idade

Tabela 8: Comparação da LS em função do Género

Tabela 9: Comparação da LS com os Níveis de Escolaridade

Tabela 10: Comparação da LS com o Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar (per capita)

Tabela 11: Estatísticas variável Idade

Tabela 12: Estatísticas variável Nível de Escolaridade

Tabela 13: Fontes de informação

Tabela 14: Tópicos de procurados relacionados com a Covid-19

Lista de Figuras

Figura 1 Modelo teórico sobre a Literacia em Saúde elaborado por de Sørensen *et al.*, (2012)

Figura 2 Subdimensões teóricas de Literacia em Saúde (Sorensen *et al.*, 2012)

Figura 3: “*Flatten the curve*” comparação dos efeitos de distanciamento social na propagação da pandemia.

Figura 4: Regra dos 5 – medidas para o combate à pandemia DGS

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Índice LS Cuidados de Saúde

Gráfico 2: Índice LS Prevenção da Doença

Gráfico 3: Índice LS Promoção da Saúde

Gráfico 4: Distribuição índice de Literacia em Saúde Geral

Gráfico 5: Distribuição dos índices Cuidados de Saúde, Prevenção Doença e Promoção Saúde

Gráfico 6: Frequência diária de lavagem das mãos na fase inicial da pandemia.

Gráfico 7: Frequência diária de lavagem de mãos à data do inquérito.

Gráfico 8: Variação registadas entre os gráficos 6 e 7

Gráfico 9: Frequência de desinfeção das mãos, na fase inicial da pandemia.

Gráfico 10: Frequência de desinfeção das mãos à data da realização do inquérito

Gráfico 11: Variações registadas entre gráfico 9 e 10

Gráfico 12: Evitar tocar nos olhos, nariz e boca.

Gráfico 13: Evitar tocar em superfícies ‘comuns ou partilhadas

Gráfico 14: Limpeza e desinfeção das superfícies comuns/ partilhadas

Gráfico 15: Utilização de luvas em contexto público (ex. supermercado, caixas multibanco, etc.)

Gráfico 16: Cumprimento das regras de etiqueta respiratória no início da pandemia

Gráfico 17: Cumprimento das regras de etiqueta respiratória à data da realização do inquérito

Gráfico 18: Variações registadas entre os gráficos 16 e 17

Gráfico 19: Cumprimento das regras de distanciamento social, no início da pandemia

Gráfico 20: Cumprimento das regras de distanciamento social à data da realização do inquérito

Gráfico 21: Variações registadas entre os gráficos 19 e 20

Gráfico 22: Frequência de uso de máscara, em encontros com pessoas fora do agregado familiar

Gráfico 23: Utilização de máscaras descartáveis por utilização (1 utilização = 4 horas máximo)

Gráfico 24: Realiza a limpeza da máscara comunitária (tecido), seguindo as recomendações do fabricante ou dos serviços de saúde

Gráfico 25: Controlo dos sintomas indicativos da doença Covid-19

Gráfico 26: Detecção sintomas suspeitos de Covid-19

Gráfico 27: Prática de isolamento e restrição de contactos

Gráfico 28: Prática de isolamento e restrição dos seus contactos e movimentação dentro de casa?

Gráfico 29: Atenção à taxa de risco da comunidade

Gráfico 30: Pertença a um grupo de risco

Gráfico 31: Confinamento e atividade física

Gráfico 32: Confinamento e dieta saudável

Gráfico 33: Confinamento e saúde mental

Gráfico 34: Agente Ativo da Saúde Pública

Gráfico 35: Auxílio a outrem durante o confinamento

Gráfico 36: Precauções adicionais sobre organização/ participação num encontro social ou familiar

Gráfico 37: Precauções adicionais quando em contacto com pessoas que pertencem aos grupos de risco

Gráfico 38: Posse de recursos tecnológicos

Gráfico 39: Acesso à Internet

Gráfico 40: Frequência de pesquisa de informação relacionadas com a Covid-19

Índice

Introdução.....	1
1. A Literacia: história do conceito, seus domínios e importância.....	5
2. Literacia em Saúde	9
2.1 Origem e Conceito.....	9
2.2 Como medir a Literacia em Saúde: HLS-EUROPE	11
2.3 Fatores Influenciadores da Literacia em Saúde	16
2.4 Baixos Níveis de Literacia em Saúde: das consequências individuais aos impactos no sistema de saúde	24
2.4.1 Os Custos Sociais e Económicos dos baixos índices de Literacia em Saúde.....	25
3. Literacia em Saúde e Participação pública em saúde	27
3.1 Literacia em Saúde e o Paradigma Biomédico.....	29
3.2 “ <i>Empowerment</i> ” e Literacia em Saúde - Conceitos distantes?.....	32
4. Literacia em saúde e COVID-19	33
4.1 Respostas à Covid-19	35
4.2 Medidas implementadas no combate à Covid-19.....	37
4.3 Portugal e a COVID-19	40
4.3.1 Plano de Intervenção da Literacia em Saúde para a Covid-19.....	43
4.4 Comunicação de Risco e a LS	45
4.4.1 Comunicação de Risco em Portugal.....	49
4.5 “Infodemic”	50
4.6 O que aprendemos com a Covid-19?.....	54
5. Metodologia.....	57
6. Análise de Resultados.....	66
6.1 Índices Literacia em Saúde: Geral, Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.	66
6.2 Dados e características sociodemográficas.....	69

6.3 Relação entre LS e dados sociodemográficos	72
6.4 Limitações da Amostra.....	76
6.5 Relação entre LS e Comportamentos Preventivos	74
6.6 Uso e Acesso Tecnológico	97
Discussão e conclusão	101
Anexos	105
Apêndice.....	107
Lista das Referências Bibliográficas	115

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), a saúde pode ser definida como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou fraqueza”. Esta definição compreende uma visão holística sobre o bem-estar e o indivíduo. Para isto, torna-se indispensável que existam estruturas de saúde capazes de auxiliar e promover esse estado de bem-estar, embora cada um de nós deva também assumir um papel ativo na autopromoção da sua saúde, assim como na defesa e promoção da saúde de terceiros. Portanto, pousando ênfase na responsabilidade que cada indivíduo possui, demonstra-se crucial o investimento na capacitação geral de todos os cidadãos/cidadãs, ao longo das várias etapas do seu ciclo de vida, no que toca a este objetivo concreto.

No sentido de capacitar o indivíduo para a defesa do seu próprio bem-estar, o Ministério da Saúde (MS) português propõe quatro objetivos: 1) Adotar estilos de vida saudáveis num contexto diário, dando prioridade a áreas como a atividade física, a saúde mental, a alimentação e o envelhecimento ativo e saudável; 2) Capacitar a utilização adequada do Sistema de Saúde promovendo a navegação no Sistema Nacional de Saúde (SNS), gestão da saúde e da doença; 3) Promover o bem-estar durante toda a vida, mas principalmente na doença crónica e 4) Promover o Conhecimento e a Investigação, priorizando a avaliação da Literacia em Saúde (LS), métodos e meios para a sua promoção da mesma (DGS, 2019). As estruturas de Saúde cumprem, assim, um papel determinante na informação que transmitem no sentido de acautelar esse bem-estar geral dos indivíduos.

No seguimento destas preocupações, esta dissertação de Mestrado propõe estudar a problemática da Literacia em Saúde na sua relação com a disseminação do coronavírus SARS-CoV2¹, analisando os motivos que justificam comportamentos individuais e coletivos, adotados ou não, como resposta a esta pandemia.

¹ A 31 de Dezembro de 2019, a Comissão de Saúde de Wuhan (China) reportou os primeiros casos de pneumonia ‘por causa desconhecida’, a qual, mais tarde foi designada como Covid-19, doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2. Este novo vírus ainda sugere várias interrogações quanto à sua origem, contudo, a tese atualmente mais consensual é a de que se trata de um vírus originário em morcegos, o qual adquiriu uma nova capacidade de se transmitir para e entre os humanos. A sua rápida propagação levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar, no dia 11 de março de 2020, estarmos a viver uma pandemia, com a possibilidade de afetar qualquer país. O primeiro caso a ser detetado na Europa aconteceu a 24 de janeiro de 2020 em Bordéus, França. A primeira situação reconhecida em território português foi registada no dia 3 de março do mesmo ano. A doença Covid-19 veio, assim, pôr a descoberto as fragilidades de qualquer sistema de Saúde e das estruturas da sociedade, dado o grau de conhecimento científico deficitário perante a Covid-19, marcado também pela incerteza das medidas aplicadas ao combate à pandemia, exigindo, assim, um investimento na capacitação de todos os setores da sociedade (Saúde, 2020). Apresentando aptidões especiais, este vírus de

Tornando-se um dos principais temas no ano de 2020, a pandemia causada pelo vírus SARS-Cov-2, elevou a Saúde e a doença a questões prioritárias na generalidade das agendas políticas. Neste contexto, a resposta dos indivíduos à pandemia captou o nosso interesse e, por isso, com o intuito de relacionar a Literacia em saúde com comportamentos relativos, tanto individuais como coletivos, no contexto da pandemia, começamos por explorar como tema e conceito central no nosso trabalho a Literacia em Saúde (LS).

Desenvolvido pela universidade de Maastricht, na Holanda, o projeto intitulado “*The European Health Literacy Project*” permitiu a criação da Rede Europeia da Literacia em Saúde, o desenvolvimento de um instrumento para medir a LS das populações na Europa e a obtenção de dados sobre LS, de forma a criar indicadores de monitorização nacional e da região europeia, nem como a possibilidade de realizar uma avaliação comparativa da LS entre os países europeus. É deste contexto que surge o *Health Literacy Survey-EU* (HLS-EU), a abordar posteriormente neste trabalho.

Anualmente, a União Europeia é responsável pela aplicação desse questionário nos diferentes estados-membro, de forma a aferir o nível de LS da população para posterior promoção de iniciativas “dirigidas e adequadas às necessidades reais das populações” (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016: 263). Com efeito, analisando os dados do ano de 2019 para Portugal, comparativamente à média da população europeia, o nosso país apresentava, à data, 8,6% da população com nível Excelente de LS, 42,4% da população com nível Suficiente, 38,2% com nível Problemático e 10,9% com nível Inadequado (DGS, 2019). A média registada pela população Europeia era de 16,5%, 36%, 25,2% e 12,4% (Ibid.), respetivamente.

A Literacia pressupõe, portanto, outras competências além das capacidades individuais de leitura e escrita, enquadrando o indivíduo como um alfabeto funcional, ou seja, alguém capaz da realização da

rápida contaminação, leva a que o seu portador inicie o período de contágio da doença antes da manifestação dos primeiros sintomas, ou mesmo sem qualquer manifestação destes (assintomático). Assim, “indivíduos infetados continuaram a trabalhar, frequentar espaços públicos, viajar, participar em atividades sociais disseminando o vírus pelas múltiplas pessoas à sua volta, criando numerosas cadeias de transmissão” (Fischetti, *et al* 2020) que acabarão por evoluir para o estado de transmissão comunitária, ou seja, contaminação entre a população, sem que as pessoas tenham ligação, ou saibam quem foi a pessoa que os contaminou

(...) leitura e da escrita para fins pragmáticos, em contextos cotidianos (...) [considerando] como competências funcionais a linguagem oral, a informática, a resolução de problemas e as habilidades interpessoais aplicadas a contextos como a economia doméstica, a saúde, o trabalho, os recursos comunitários, as leis e o governo (Ribeiro, 1997: 145).

Com intuito de estudar as medidas de prevenção e de resposta quanto à problemática da Covid-19, decidimos focar este trabalho no tema da Literacia em Saúde, entendida como:

Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course (Sørensen *et al.*, 2012: 3).

Partindo da complexidade implicada nos processos de literacia em saúde e do enquadramento tem sido dado a esta questão, este projeto assume como objetivo principal perceber se a pertença a diferentes níveis de Literacia em Saúde influencia os comportamentos dos cidadãos no contexto da pandemia SARS-Cov-2. Os comportamentos que pretendemos analisar neste trabalho passam por três domínios: Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, a analisar numa perspetiva individual e coletiva. No âmbito dos comportamentos coletivos, entendemos ser pertinente diferenciar entre comportamentos em contextos Profissionais e Sociais/Familiares, por forma a conseguir um melhor enquadramento da realidade imposta pela referida pandemia.

1. A Literacia: história do conceito, seus domínios e importância

No último século, o continente Europeu foi alvo de profundas alterações no seu *modus operandi*, exigindo, cada vez mais aos indivíduos múltiplas e diversificadas capacidades individuais e a vários níveis. Além disso, exigiu ainda a necessidade de essas capacidades serem continuamente atualizadas ao longo do ciclo de vida de um indivíduo. O aparecimento das ‘novas tecnologias’ e a complexificação das sociedades modernas levantaram novos desafios e problemas sociais, dando ênfase aos níveis de educação formal, principalmente das gerações mais jovens, designadamente ao aumento generalizado dos anos de escolarização (Benavente *et al.* 1996: 3). Em *New Literacies: Changing Knowledge and Classroom Learning* (Lankshear & Knobel, 2003), os autores avançam com uma revisão histórica do conceito de Literacia, realçando as alterações sofridas depois de 1970, fruto de mudanças estruturais e económicas sentidas nos EUA, Inglaterra, Canadá e Austrália, países que ingressavam na fase ‘pós-industrial’ (*ibidem*).

Com a crescente industrialização, com a reestruturação dos mercados, das empresas e organizações, os países anteriormente referidos, depararam-se com a incapacidade de adaptação de uma grande parte dos seus cidadãos às novas necessidades exigidas por esta onda de mudanças, ou seja, “*large numbers of people were seen as poorly prepared for these change*” (Lankshear & Knobel, 2003: 6), de tal forma que foi declarada a ‘Crise de Literacia’ (*literacy crisis*). Constatando na sua análise que uma população com níveis de literacia elevados ou satisfatórios comportava vantagens individuais e coletivas, sobretudo para em termos de desenvolvimento, na Austrália, através de programas como o *Australian Language and Literacy Policy*, vários fundos de investigação nacionais foram criados para a promoção de estudos mais aprofundados do fenómeno da Literacia. Neste sentido, as orientações surgiam no sentido de que apenas quando a maioria da população possuísse altos níveis de Literacia Funcional² se alcançaria o pleno sucesso na transição do modelo industrial para um modelo pós-industrial, assim como para a sociedade do conhecimento (*idem*)³. A

² Por Literacia Funcional entende a capacidade de compreender e de empregar a informação escrita e lida nas atividades do quotidianas em casa, escola, emprego ou comunidade (Gomes & Santos, 2004).

³ O modelo industrial teve início na segunda metade do século XVIII, compreendendo a I e a II Revolução Industrial. Reconhecida pela inovação das técnicas de produção, de são exemplo o Taylorismo (1856-1915) e o Fordismo (1863-1947), assentes na divisão e especialização do trabalho. Este modelo é marcado por uma maior eficiência industrial (capacidade de produção em maior quantidade, em menor tempo e com o menor desperdício de matéria-prima), sendo também um modelo acusado da desumanização das relações de trabalho (alienação e superexploração da classe trabalhadora). O modelo pós-industrial e a sociedade do conhecimento surgem depois da Segunda Guerra Mundial, onde é alterado o paradigma de produção. Baseado no avanço da ciência, da tecnologia, das telecomunicações e da informática, o sistema produtivo anterior, foi substituído por técnicas de produção mais avançadas que requerem mão-de-obra mais qualificada. Este novo modelo alterou

necessidade de aprofundar conhecimento sobre a Literacia levou a que diversos teóricos redefiniram o conceito, tornando-o mais abrangente, expansivo e adaptativo a outras áreas de interesse. É neste contexto que emergem conceitos mais específicos como a Literacia Cultural, Literacia Financeira, Literacia Científica, Literacia Digital, Literacia dos Media, Literacia em Saúde (Lankshear & Knobel, 2003), entre outros.

Debruçando-se sobre o documento *Literacy; Profiles of American's Young Adults*⁴, Constance Gee (2008) afirma que aqueles/as que apresentam níveis mais deficitários de literacia tendem a ser excluídos e marginalizados pela sociedade. O autor identifica, assim, diferentes grupos com níveis de literacia preocupantes, como grupos sociais minoritários, nomeadamente aqueles que não falavam inglês (língua materno do país ao qual se refere o estudo), os que não acabaram ou não frequentaram o ensino secundário, aqueles cujos pais possuíam baixos níveis de literacia, os que não tinham acesso a materiais de literacia (material escrito como livros, materiais digitais), entre outros. Face a isto, o autor defende que a ‘Crise da Literacia’, socorrida por outros seus colegas, como refere Lankshear & Knobel (2003), não existe como fenómeno isolado. Através da análise do sistema educacional e social presente nos EUA, o autor atenta que a Crise da Literacia não é mais que a consequência de décadas de injustiça social e económica presentes na sociedade norte-americana, “(...) *we supply less good schools to poorer and more disadvantaged people, and better ones to more mainstream and advantage people (...) there is no real “literacy crisis”, but deeper social and moral problems(...)*” (Gee, 2008: 35).

Desta forma, o conceito de Literacia acabou consolidando a sua arquitetura sociológica, através da sua associação a concepções de grupos sociais e classes sociais. A iliteracia torna-se, assim, uma das consequência das injustiças dos processos e das relações sociais criadas historicamente e enraizadas na estrutura social (Lankshear & Knobel, 2003). A literacia,

as relações humanas e a relação do homem com o meio. Assim, a sociedade separou-se das suas fundações quer de produção agrícola, quer industrial tornando-se numa sociedade de conhecimento ligada ao processo de “produção de informação, serviços, símbolos (semiótica) e estética” (Lucci, 2008).

⁴ Em 1985 o *National Assessment of Educational Progress* analisou as capacidades de literacia dos jovens adultos dos EUA. Este estudo é reconhecido internacionalmente por readaptar o padrão simplista e standard para medir a literacia, para um que salientava a complexidade e diversidade das capacidades requeridas pela sociedade americana, sendo avaliadas tarefas como a leitura e interpretação em prosa; identificação e utilização de informação localizada em documentos; e aplicação de operações numéricas à informação contida em material impresso. Além das tarefas analisadas, foram feitas comparações entre jovens adultos e jovens de 17 anos, na escola, considerando as características dos jovens adultos por raça/etnia, anos de educação, e educação parental, entre outros.

portanto, apresenta-se como um conceito dinâmico, sempre associado a uma identidade social e inserido num discurso particular.

Literacies are bound up with social, institutional, and cultural relationships, and only can be understood when they are situated within their social cultural and historical contexts [...] they are always connected to social identities- to being particular kinds of people [...] Reading and writing are not the same things within a youth zine culture, an online chat space, a school classroom, a feminist reading group, or within different kinds of religious ceremonies. People read and write differently out of different social practices, and these different ways with words are part of different ways of being persons and different ways and facets of doing life (Lankshear & Knobel, 2003:8).

Já em contexto nacional, Ana Benavente e colegas contribuiu para esta reflexão em torno do dinamismo do conceito de literacia alertando que o perfil de literacia de uma população não pode ser considerado constante, não podendo, portanto, ser extrapolado de uma medida temporalmente localizada. Afirma ainda que o perfil de literacia de uma população não pode ser deduzido somente através dos níveis de escolaridade formal atingidos e não pode ser encarada como uma aquisição que terá validade infinita. Torna-se assim necessário enquadrar os níveis de literacia no quadro dos níveis de exigência das sociedades, num determinado momento (Benavente *et al.*, 1996). Perceber a importância da Literacia na conjuntura e desenvolvimento de cada país, assim como na esfera internacional, é uma tarefa exigente e de extrema importância.

Em 1965 realizou-se a *World Conference of Minister on the Eradication of Illiteracy* (UNESCO, 1965), em cujo preâmbulo se realçava que “*attainment of literacy by the hundreds of millions of adults who are still illiterate*” era a receita para “*full economic and social development (...) active participation of peoples in national or international civic life*” (*idem*) e ainda reconhece que “*illiteracy, which more particularly affects the population of developing countries (...) accentuates the unfavourable position of these people who thus suffer a form of discrimination which must be eliminated*” (*idem*). Foi, assim, legitimado o “efeito multiplicador” da literacia, o seu papel no empoderamento do indivíduo, reconhecendo o seu direito de participar plena e ativamente na sociedade.

Nas últimas décadas, a agenda internacional tem vindo a reconhecer a Literacia como um fator de atuação desencadeante da sua ação essencial, de tal forma que nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio a Meta 2ª ponto 2.3 pretendia “Garantir que todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo do ensino primário com: taxa da literacia do grupo etário entre os 15 e os 24 anos, mulheres e homens” (The International Press Institute, 2015) e ainda a 4ª proposta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2016-

2030 assume como objetivo 4.1 “*Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all*” e 4.6 “by 2030, ensure that all youth and a substantial proportion of adults, both men and women, achieve literacy and numeracy” (UNESCO, 2016).

Com efeito, a Literacia tem vindo a ser apresentada como um pilar indispensável ao crescimento económico e ao desenvolvimento sustentável de um país, mas também relevante ao desenvolvimento individual. Elevados níveis de Literacia demonstram ser de suprema importância para qualquer indivíduo, já que influenciam a sua autonomia e participação em qualquer momento da vida, quer seja em contexto escolar, no mercado de trabalho, na comunidade ou no exercício da cidadania.

A Literacia demonstra ser uma ferramenta de auxílio na redução da pobreza, incrementando as oportunidades durante a vida, detendo um papel especial na promoção de nutrição adequada, assim como da saúde individual e coletiva (UNESCO, S/.d.), questões que abordaremos com mais pormenor no próximo capítulo, no qual aprofundando se aprofunda o conceito de Literacia no contexto da Saúde.

2. Literacia em Saúde

2.1 Origem e Conceito

Tendo ganho popularidade nos EUA e na Austrália, nos anos de 1990, cerca de duas décadas depois da sua conceção teórica por Simonds⁵ (Simonds, 1974), o conceito de Literacia em Saúde (LS) foi incorporado, pela primeira vez, na agenda política Europeia em 2007, integrando, de forma pouco discreta, o relatório *Together for Health 2008-2013*. Todavia, apesar de todas as pesquisas, congressos e iniciativas realizadas até hoje, Quaglio G. *et al* (2017) realçam que é ainda escassa a literatura sobre LS no contexto europeu.

A par da dificuldade em encontrar pontos de convergência com a definição geral do conceito, a LS ainda não alcançou uma definição consensual. A LS mostra ser um conceito dinâmico, que se altera consoante o tempo, o espaço, a perspetiva de quem a elabora, mas sobretudo a sociedade a que reporta. Não é, portanto, possível encontrar ainda uma definição clara, inequívoca e intemporal de LS (Santos, 2010). Contudo, nos últimos anos, o conceito tem, gradualmente, ganho destaque na agenda internacional, sobretudo europeia, incorporando diferentes publicações oficiais⁶. A imprecisão do conceito de LS engloba, no entanto, a dimensão, qualidade e método que implica a sua comensuração, o que levanta dificuldades na comparação entre diferentes estudos de diferentes países (Sørensen *et al.*, 2012). Não obstante estas dificuldades de estabelecer um consenso, a OMS enquadra a definição de Literacia em Saúde nos seguintes parâmetros:

Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health (OMS, 1986).

Apesar de amplamente usada, a definição acima enquadra, no entanto, apenas a perspetiva individual que o fenómeno compreende, não realçando, portanto, a sua dimensão

⁵ Professor de Educação em Saúde, na Universidade de Michigan nos EUA, Scott Simonds refere pela primeira vez o conceito de Literacia em Saúde (LS) aquando da sugestão de criação de um conjunto de medidas políticas que visavam a melhoria da Educação para a Saúde que tinha como objetivo final a melhoria dos níveis de LS. O autor elaborou testes que mediam a LS nos diversos distritos escolares, cujos resultados revelariam aqueles com os piores níveis de LS, no sentido de os priorizar no âmbito de apoio a promover pelo Estado Federal (Simonds, 1974). Para o autor, a existência de um nível de LS satisfatório ou elevado pressupunha duas dimensões: a responsabilidade individual pela saúde e a responsabilidade coletiva de criação de um ambiente de apoio à saúde, em benefício de todos os cidadãos.

⁶ Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030; Agenda for Sustainable Development (2016); Resolution Towards the Implementation of health Literacy Initiatives Through the Life Course (2019); Planos Bianuais da DGS e de Outras Instituições de Saúde no âmbito Nacional.

social. Segundo Ana Kickbusch *et al* (2005), a definição que melhor alia e capta a componente individual em articulação com a dimensão coletiva é

A capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informações e para assumir as responsabilidades (São Kickbusch 2005 *apud* Pedro *et al.*, 2016: 261)

Tentando fazer face a esta indefinição do conceito quando aplicado à área da saúde, Kristine Sørensen *et al.* (2012) e colegas realizaram uma revisão das definições e dos conceitos existentes⁷. Das várias publicações analisadas emerge a tentativa de definir LS como:

Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course (Sørensen *et al.*, 2012: 3)

Esta definição engloba a perspetiva coletiva da Saúde, sem deixar de permitir a valorização da perspetiva individual, substituindo “*healthcare, disease prevention and health promotion*” por “*being ill, being at risk and staying healthy*” (*idem*). Apresenta-se, portanto, como uma redefinição do conceito de LS, resultado da compilação de muitas definições avulsas, encontradas na literatura, sendo mais completa na forma como compreende o indivíduo, as suas motivações e as competências necessárias para a plena autonomia na tomada de decisões de saúde ao longo de todos os ciclos de vida, quer numa ótica individual, quer coletiva. Sørensen *et al.* apresentam-nos, portanto, uma proposta que demonstra ser bastante completa, abrangente e com a peculiar vantagem de ser facilmente ‘moldável’ ou alterada do singular para o coletivo. É, portanto, esta a definição de LS que em torno da qual se estrutura este trabalho de investigação.

Tal como temos vindo a confirmar, a LS vai muito além das capacidades, usualmente tomadas como elementares, de leitura e escrita, requerendo a compreensão, interpretação e análise crítica daquilo que é lido/escrito de modo que cada indivíduo seja capaz de agir

⁷ Entre o outono de 2009 e a primavera de 2010, duas equipas de investigadores independentes compararam e combinaram informação recolhida, que respondia à pergunta “*How is health literacy defined?*”. Foram utilizadas 17 palavras-chave para a seleção dos artigos e identificados três critérios de inclusão, 1) estar escrito em inglês, 2) estar relacionado com LS num país desenvolvido e 3) possuir conteúdo relevante para a definição ou concretização do conceito de LS. Das 170 publicações recolhidas, 19 foi o número final de artigos que, depois de passarem nos critérios de inclusão, foram analisados

autonomamente e de forma informada depois de analisar a informação disponível. Segundo Don Nutbean (2000), reforçado, aliás, pela pesquisa realizada por Sørensen *et al.* (2012), cujo segundo objetivo era a definição e conceptualização do modelo de LS, o autor propõe uma tipologia de LS que se encontra dividida em três patamares: 1) literacia funcional ou básica, que avalia a leitura e a escrita como competências básicas e suficientes para um funcionamento efetivo no contexto da saúde; 2) literacia interativa ou comunicativa, que alia as competências cognitivas e de literacia com as competências sociais, sendo utilizadas no quotidiano para obtenção de informações e significados a partir de diferentes formas de comunicação, permitindo uma participação livre e autónoma nos cuidados de saúde de forma preventiva, no caso de doença ou condicionantes e 3) a literacia crítica, que alia as competências cognitivas com as competências sociais de forma a analisar criticamente a informação e o uso desta informação para exercer maior controlo num contexto de saúde.

Esta tipologia de LS aponta para níveis de capacidades e de conhecimentos diferenciados que, progressivamente, levam à autonomização e ao *empowerment* dos indivíduos, quer a nível pessoal, quer social (Sørensen *et al.*, 2012). Apesar de ser um objetivo de difícil concretização, a sociedade em si beneficiaria se a maioria dos seus cidadãos/cidadãs fosse capaz de implementar a literacia crítica. Perante a tipologia apresentada, Isabel Loureiro e colegas afirmam que “O indivíduo neste crescendo de literacia em saúde, vai assumindo um desempenho passivo na literacia básica/funcional, ativo na literacia interativa, e pró-ativo na literacia crítica.” (Loureiro *et al.*, 2012)

2.2 Como medir a Literacia em Saúde: HLS-EUROPE

Com o incremento da relevância do fenómeno da LS surgiu a necessidade de construção de um modelo concetual e de instrumentos que permitissem avaliar o nível de LS da população dos diferentes Estados-membro por forma a estimar a situação de cada um e definir a implementação de medidas em conformidade com cada situação.

Apesar de existirem vários modelos concetuais presentes na literatura, segundo Sørensen *et al* consideravam que nenhum aparentava ser capaz de ser suficientemente inclusivo para unir as diferentes definições de LS, assim como as particularidades que cada uma delas implica (Sørensen *et al.*, 2012), já que se focavam apenas numa ou em algumas dimensões do conceito. Numa tentativa de dissipação da incapacidade de integração dos diferentes conhecimentos e das múltiplas perspetivas sobre a LS, assim como da falta de validação empírica de cada um dos modelos, Sørensen *et al* (2012) (aplicando a mesma metodologia

que os levaram a definir LS) propõem um modelo alternativo capaz de captar as principais dimensões dos modelos previamente existentes. Este modelo, representado na Figura 1, foi adotado pelo consórcio HLS-EU.

Seguindo a definição de LS apresentada pelos autores, e adotada neste trabalho, constatamos quais os seus alicerces conceituais, afirmando-a de forma completa e pormenorizada nos vários domínios de abrangência.

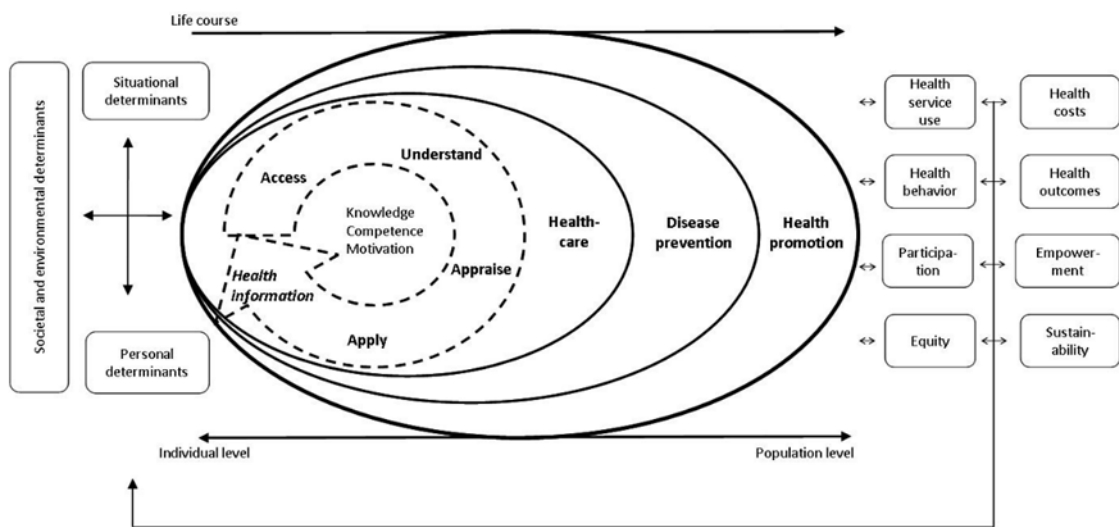


Figura 2 Modelo teórico sobre a Literacia em Saúde elaborado por de Sørensen *et al.*, (2012)

O *core* do modelo, apresenta, antes de mais, as características do indivíduo que parecem influenciar o nível de literacia individual, “*Knowledge*” (*conhecimento*), “*Competence*” (*competência*) e “*Motivation*” (*motivação*). A seta circular identifica as quatro dimensões de LS presentes na literatura e são caracterizadas como competências individuais relacionadas com o “*Access*” (*Acesso*)- habilidade de procurar, encontrar e obter informações de saúde; “*Understand*” (*Compreensão*)- capacidade de compreender a informação sobre saúde; “*Appraise*” (*Avaliação*)- capacidade de interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação de saúde que foi acedida; e “*Apply*” (*Uso*)- capacidade de comunicação e uso da informação para tomar uma decisão com vista à manutenção ou melhoria da condição de saúde. Cada uma destas dimensões requer capacidades cognitivas específicas por parte do indivíduo, dependendo, por outro lado, da qualidade da informação adquirida: a obtenção e o acesso da informação de saúde depende da compreensão, do timing e da fiabilidade da mesma; a compreensão da informação depende das expectativas, da utilidade percetional, da individualização dos resultados e da interpretação das casualidades; o

processamento e avaliação da informação depende da complexidade e compreensão da informação e a comunicação efetiva depende da compreensão (Sørensen *et al.*, 2012). Os principais domínios associadas à LS, encontram-se representadas nas formas ovais da Figura 1 sendo elas: “*Healthcare*” (Cuidados de Saúde), “*Disease Prevention*” (Prevenção de Doenças) e “*Health Promotion*” (Promoção da Saúde). Como podemos observar na figura 1, as formas ovais encontram-se incluídas umas nas outras, sendo acompanhadas pela progressão (sentido esquerda-direita) de uma perspetiva individual, através de uma conceptualização médica, para uma perspetiva populacional, que abrange uma perspetiva mais ampla da saúde pública (*idem*).

Enable a person to navigate three domains of the health continuum: being ill or as a patient in the healthcare setting, as a person at risk of disease in the disease prevention system, and as a citizen in relation to the health promotion efforts in the community, the work place, the educational system, the political arena and the market place (Sørensen et al., 2012:3).

A Figura 1 explora ainda os principais fatores/antecedentes que exercem impacto na LS, assim como as suas consequências. Dentro dos fatores causais, os autores distinguem três grupos, os “*Situational determinants*” (*Determinantes Situacionais*)- fatores como o apoio social, a influência da família ou dos pares, o uso dos média e o ambiente físico; “*Societal and enviromental determinants*” (*Determinantes Sociais e Ambientais*)- influência da situação demográfica, da cultura, da língua, das forças políticas, dos sistemas sociais; e por fim os “*Personal determinants*” (*Determinantes Pessoais*)- onde se encontram variáveis como a idade, o género, a raça, o estatuto socio-económico, o nível de instrução formal, a profissão, o emprego, o rendimento e a alfabetização de cada indivíduo.

Quanto às consequências que espelham os diferentes níveis de LS, os autores referem que a LS influencia os comportamentos de saúde “*Health Behaviour*” que, por sua vez, têm uma correlação direta com os resultados em saúde “*Health Outcomes*”, assim como influenciam a utilização dos serviços de saúde “*Health Service Use*”. O uso inadequado de serviços de saúde, ou a carência de boas práticas e de comportamentos de prevenção na saúde, irão levar ao aumento dos custos da esfera da saúde “*Health Costs*” para toda a sociedade. Indivíduos com melhores indicadores de LS possuem mais capacidades que lhes permitem participar nas atividades cívicas “*Participation*” sobre saúde, medicina conhecimento científico, etc., permitindo o exercício democrático de participação nos processos de investigação e decisão da vida pública, assim como permite, de forma singular,

ter mais autonomia e capacitação para ter uma melhor qualidade de vida “*Empowerment*”. Elevados níveis de LS na população permitem também uma maior equidade “*Equity*” nos sistemas de saúde, assim como a sustentabilidade “*Sustainability*” dos mesmos.

Da combinação dos três domínios de LS, Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, com as quatro dimensões Acesso, Compreensão, Avaliação e Aplicação surge uma matriz de 12 subdimensões (Figura 2).

Literacia em saúde	Aceder/Obter informação relevante para a saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar/Julgar/Avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar/Utilizar a informação relevante para a saúde
Cuidados de saúde	1) Capacidade de acesso a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	2) Capacidade de compreensão da informação médica e do seu significado	3) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações médicas	4) Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção da doença	5) Capacidade de acesso a informação sobre fatores de risco	6) Capacidade de compreensão dos fatores de risco e do seu significado	7) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações relacionadas com os fatores de risco	8) Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção da saúde	9) Capacidade de atualização sobre questões de saúde	10) Capacidade de compreensão da informação relacionada com a saúde e do seu significado	11) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações sobre questões relacionadas com a saúde	12) Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

Figura 2 Subdimensões teóricas de Literacia em Saúde (Sorensen *et al.*, 2012)

Apesar da existência de vários instrumentos para avaliar a LS, entre eles: “*Test of Functional Health Literacy in Adults*” (TOFHLA), o “*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*” (REALM) e o “*Newest Vital Sign (NVS)*”, estes demonstram “ser ainda insuficientes para a medição do grau de literacia em saúde de uma forma que corresponda satisfatoriamente à definição mais atual [do conceito]” (Pedro *et al.*, 2016,)Sørensen *et al.*, 2012). Com o intuito de colmatar as falhas dos instrumentos anteriores, foi criado o *Health Literacy Survey- EU (HLS-EU)*, que pretendia

o desenvolvimento, validação e aplicação nos diferentes países de um questionário [e modelos conceptual] que consegue aferir os níveis de literacia da saúde da população de forma muito próxima às definições mais recentes do conceito (Pedro *et al.*, 2016: 263).

O *Health Literacy Survey-EU* é um instrumento de autoperceção que permite apurar os níveis de LS de uma determinada população, possibilitando a comparação de dados entre populações, regiões, entre outros, tornando as iniciativas de saúde mais adequadas e direcionadas para as necessidades reais das populações. Utilizado pela primeira vez em Portugal em 2004, HLS-EU é considerado um instrumento multidimensional que permite

perceber, a capacidade dos indivíduos para “ (...) acederem, compreenderem, analisarem e utilizarem a informação de saúde nos domínios da utilização dos cuidados de saúde, da promoção da saúde e prevenção da doença” (Pedro *et al.*, 2016).

O HLS-EU é o principal instrumento para medir a LS de forma subjetiva através de ‘perception-based’ (Okan & Sørensen, 2019), permitindo, segundo a literatura existente, um diagnóstico sólido dos níveis de LS dos inquiridos e possibilitando que os dados extraídos destes estudos preencham diferentes funções em investigação, criação e aplicação de medidas práticas (*idem*).

2.3 Fatores Influenciadores da Literacia em Saúde

A prevalência de baixos índices de literacia, incluindo LS, numa percentagem significativa da população de um país, comporta consequências quer a nível individual, quer coletivo. Se, por um lado, é crucial analisar as consequências de um baixo nível de LS, por outro, torna-se indispensável olhar para os fatores justificativos deste fenómeno. Daqui emerge o desafio de observar a estrutura económica, política e social vigentes e perquirir quais os fatores que promovem as assimetrias encontradas entre os indivíduos, no contexto da literacia, e em específico sobre a LS, problema que afeta uma parte significativa da população europeia “*For 1 in 5 Europeans the world is hard to read*” (Dlrow, Drah, & Daer, 2012).

Como analisado no capítulo anterior (Figura 1), Sørensen *et al* (2012), através do modelo conceptual que desenvolveram identificam três fatores/antecedentes com impacto na LS: determinantes situacionais, determinantes sociais e ambientais e determinantes pessoais. Segundo os autores,

For the antecedents, most authors refer to demographic, psychosocial, and cultural factors, as well as to more proximal factors such as general literacy, individual characteristics and prior experience with illness and the healthcare system. Among the demographic and social factors which impact on health literacy one notes socioeconomic status, occupation, employment, income, social support, culture, and language (...). In addition, peer and parental influences may impact on the health literacy of adolescents. In terms of personal characteristics, health literacy is predicted by age, race, gender, and cultural background (Sørensen et al., 2012: 7)

Pioneira no estudo da literacia em Portugal, a obra já mencionada neste trabalho, *A Literacia em Portugal – Resultados de uma Pesquisa Extensiva e Monográfica* (Benavente *et al.*, 1996), veio ‘levantar o véu’ sobre o nível das competências da população adulta portuguesa (dos 16 aos 64 anos) quanto à capacidade de leitura, escrita e cálculo. Apesar da diferenciação temporal entre a realização do nosso trabalho e o trabalho dos autores, elaborado em 1994, não podemos deixar de realçar, quer a importância e magnitude deste estudo pioneiro, quer a identificação da continuidade de fenómenos e características sociais (observados no seguimento deste capítulo), descritos e analisados pelos autores, que ainda prevalecem nos nossos dias.

Assim, analisando diversas variáveis que se demonstram cruciais para mapear as influências e as causalidades dos níveis de literacia em Portugal, Ana Benavente e colegas dão especial relevância às características posteriormente definidas por Sørensen *et al*, (2012), como determinantes pessoais, realçando a educação formal, e que se apresenta como

variável altamente influenciadora do nível de literacia individual. Os determinantes pessoais abrangem variáveis como “*gender, age, education, past occupation, current job status, household income, and private health insurance*” (Chiu *et al.*, 2020).

Quando falamos sobre educação formal, não nos podemos esquecer de realçar todos os avanços ocorridos até aos dias de hoje. Apesar de no século XXI, o analfabetismo ter recuado consideravelmente, e o número de alunos nos níveis de educação mais elevados, tanto no ensino secundário como no ensino superior, ter aumentado (Bindé, 2004), as disparidades sociais persistem e têm sido incitadas pelas rápidas transformações do mercado, da esfera económica e do conhecimento, criando a necessidade de redefinir o conceito de Educação. Assim, para Jacques Delors (2004), a Educação passa de um período limitado na vida do indivíduo para “(...) assentar em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser, aprender a viver em conjunto”⁸.

Atualmente, podemos alegar que a educação formal se encontra massificada através da educação obrigatória. Contudo, vale a pena realçar que Portugal, assim como outros países da Europa do Sul, teve uma tardia difusão social da alfabetização, que, apesar de não ser uma condição fatal, é um aspeto histórico relevante aquando da análise dos atuais níveis de literacia (Benavente *et al.*, 1996) e, por extrapolação, dos níveis de LS.

Admitimos, assim, que existe uma relação forte entre a educação formal e os níveis de literacia (consequentemente de LS), apesar de esta não ser uma correspondência simples ou linear, “(...) quanto mais elevados forem os níveis de instrução de uma população tantas mais são as hipóteses de que o seu perfil de literacia melhore” (*idem*). Todavia, seguindo os autores, é imperativo não analisar os níveis de literacia de uma sociedade como sendo o resultado, apenas, da educação formal, já que: é difícil identificar qual o nível de escolaridade que permite ao indivíduo adquirir as competências necessárias para o pleno cumprimento das tarefas da vida adulta; a relação estática entre literacia e educação formal supõe que as competências adquiridas pelos indivíduos não progridam nem regridam ao

⁸ Com aprender a conhecer, o autor pretende o fomento pelo gosto de aprender, principalmente nesta sociedade pós-industrial (fruto de inúmeras mutações, de entre as quais a revolução tecnológica, a abertura das economias e dos mercados a nível mundial, o aumento e complexificação das trocas, a emergência de novos protagonistas e a alteração da ordem mundial, as transformações do capitalismo, entre outros), que irá permitir um olhar crítico e uma avaliação constante das realidades económicas e sociais; o aprender a fazer compreende a capacidade do uso das novas tecnologias e de diferentes competências de forma a fazer face à aleatoriedade demonstrada no mercado laboral; aprender a ser, significa a criação de percursos diferenciados para cada aluno, durante o seu percurso escolar de forma a não negligenciar, nenhuma das suas potencialidades; por fim, aprender a viver em conjunto centra-se na compreensão do outro, na incitação da participação ativa da sociedade (Delors, 2004).

longo do tempo; e não prevê as alterações das competências de literacia exigidas pela transformação da sociedade. O processo de aprendizagem não se encontra, portanto, vinculado apenas à esfera da educação formal⁹, levando a que indivíduos com o mesmo grau de escolaridade tenham níveis de literacia bastante díspares¹⁰.

Por todas estas razões, apesar de não haver uma relação linear e simples entre os níveis de LS e a educação formal de um indivíduo, vários estudos demonstram que quanto menor o grau de escolaridade, maior será a probabilidade de o indivíduo possuir menores níveis de LS (Benavente *et al.*, 1996; Quaglio *et al.*, 2016; Paiva *et al.*, 2017; Silva, *et al.*, 2020).

A condição profissional do agregado familiar é também uma característica que, afetando variáveis como o rendimento e oportunidades, se torna de extrema relevância para os níveis de literacia e LS que um indivíduo detém. Assim, agregados familiares com baixos rendimentos, como apresentam ser aqueles que possuem membros (pertencentes à população ativa) que estão desempregados(as), domésticas(os), trabalhadores(as) precários(as) entre outros, apresentam menos recursos económicos disponíveis para investir na capacitação e outros recursos que permitam ajudar o agregado a desenvolver-se a este nível, ocasionando, portanto, mais baixos níveis de LS (Benavente *et al.*, 1996; Kickbush *et al.*, 2013; Pedro *et al.*, 2016; Quaglio *et al.*, 2016). Com efeito, observamos como as condições socioeconómicas do agregado em que um indivíduo nasce, possuem uma dinâmica tanto de efeito como de causalidade nas condições da sua existência. Se, por um lado, nascer num grupo economicamente mais desfavorecido compreende ter menos acesso a instrumentos de capacitação para a realização da aprendizagem – o que poderá levar a menores níveis de literacia e de LS – por outro, baixos níveis de LS e de literacia num sentido geral, são condicionantes à inserção socioprofissional, conduzindo, geralmente, à realização de trabalho precário e de baixa remuneração. Ana Benavente (1996), na sua pesquisa, identificou os agregados profissionais que, em Portugal, se caracterizam pela prevalência de

⁹ Além da educação formal, a literatura reconhece a educação não formal e a educação informal. A educação informal, acontece no quotidiano do indivíduo, através das suas relações e experiências sociais, torna-se assim o fruto das vivências de cada pessoa singular, produzindo conhecimento individual. A educação não formal dá-se através de instituições e organizações que pretendem passar conhecimento específico a um público heterogêneo, é o caso dos museus, meios e comunicação, eventos, *workshops*, entre outros.

¹⁰ Ana Benavente, também refere que, por vezes, a educação formal leva a disparidades naqueles que possuem o mesmo grau, já que “não tem adotado estratégias pedagógicas (...) não tem estabelecido as relações com os contextos sociais envolventes mais adequadas à aprendizagem efetiva (...) em particular das [crianças] provenientes dos meios sociais mais desunidos de recursos económicos e sociais.” (Benavente *et al.*, 1996: 142).

baixos níveis de literacia, os quais se encontravam, à data do estudo, relacionados com atividades do setor agrícola, com operários industriais, artesãos e funcionários do pequeno comércio.

Nessa medida, o conceito de *Social Gradient* na Saúde, surge para descrever a relação de influência socioeconómica na saúde individual “(...) *people who are less advantaged in terms of socioeconomic position have worse health (and shorter lives) than those who are more advantaged*” (Donkin, 2014).

A variável idade, especialmente quando analisadas as fases de vida mais avançadas, demonstra ser outro fator que exponencia a propensão para os baixos níveis de LS. Na maioria da literatura evidencia-se uma correlação negativa que indica que as duas variáveis tendem a variar no sentido inverso, ou seja, quanto maior a idade, menores os níveis de literacia. Segundo o *Relatório Síntese da Literacia de Saúde em Portugal* (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016), cerca de 65% da população portuguesa, com 65 ou mais anos de vida, possui um nível de LS “Problemático” ou “Inadequado”. Se pensarmos na estrutura da população portuguesa, onde o Índice de Envelhecimento em 2019 era de 161,3%¹¹, com previsões para que em 2080 passe a ser de 300% (INE, 2020), constatamos a probabilidade de uma crise aguda na LS, sobretudo se a propensão aos baixos níveis de LS se mantiver nesta faixa etária. Tendo em atenção a situação demográfica portuguesa, torna-se indispensável atuar com medidas concretas e contundentes nos baixos níveis de LS registados na população nestas faixas etárias e promover a LS naqueles que se encontram em faixas etárias mais jovens, de modo a chegarem à 3ª idade mais autónomos e capazes.

Com o crescimento da população idosa, assistimos ao crescimento das doenças crónicas, tanto em Portugal como no continente europeu. Segundo o *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*, cerca de oito em cada dez europeus com mais de 65 anos possui uma ou mais doenças crónicas, com destaque para a diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas, mas também cancro e perturbações neuropsiquiátricas (OPSS, 2019). Olhando para a doença crónica como uma condição de longo prazo, onde são necessários, além de tratamentos médicos, ajustes recorrentes do estilo de vida do paciente, é visível a importância de que este seja ou se torne alguém capacitado,

¹¹ O índice de Envelhecimento estuda a proporção de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens (Pordata, 2020).

de forma a conseguir compreender e avaliar informações sobre a sua saúde (Pedro *et al.*, 2016; Drapkina *et al.*, 2019; Santos, 2010; Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005) .

Relativamente às pessoas com mais de 65 anos (...) concluiu uma relação entre grau de literacia em saúde e função física e saúde mental. Ou seja, níveis mais baixos de literacia em saúde relacionam-se com uma pior função física e saúde mental (Serrão *et al.*, 2015: 34).

Portanto, segundo a literatura, os baixos níveis de LS estão fortemente correlacionados com fracos *outcomes* na gestão das doenças crónicas, levando a um deterioramento da qualidade de vida do indivíduo, assim como a uma sobrecarga do sistema de saúde pública (N. Berkman *et al.*, 2004; Eichler *et al.* 2009; N. D. Berkman *et al.* 2011).

Sørensen *et al.*, (2012) apresenta-nos como fatores influenciadores do nível de LS, determinantes sociais e ambientais, que segundo António Carvalho (2013) abrangem os “determinantes sociais, políticos, culturais e ambientais da saúde”. Para o autor perceber a influência destes determinantes na saúde é admitir que esta depende de ações que muitas vezes não se encontram diretamente ligadas à esfera da saúde, compreendendo que as desigualdades nesta esfera não podem ser combatidas sem que as disparidades sociais que as provocam também o sejam. Assim, as políticas macroeconómicas, as políticas sociais, as políticas públicas, a demografia, a etnia, a cultura e os valores entre outros, influenciam os níveis de LS dos indivíduos.

No seu trabalho seminal, Ana Benavente (1996) estuda a distribuição dos níveis de literacia por diferentes ‘*habitats*’, concluindo ser nas zonas “isoladas” ou nas “aldeias” que se encontram índices mais baixos de literacia, indicador que encontra melhorias nas “vilas” e nas “cidades”. Apesar de os autores não apresentarem uma razão justificativa para esta relação entre LS e o espaço que se habita, podemos avançar que estes são espaços mais “invisíveis” aos olhos das políticas públicas, o que gera desigualdades territoriais.

Outro aspeto distintivo, que mostra ter algum peso na literatura sobre esta temática, recai sobre as elevadas taxas de iliteracia e de iliteracia em saúde que apresentam certos grupos, sobretudo migrantes e minorias étnicas (Benavente *et al.*, 1996; Santos, 2010; Dlow *et al.*, 2012; Kickbush, *et al.* 2013; Andrade, 2014; Lopes & Almeida, 2019). Tal permite-nos inferir que a condição de migrante, juntamente com o desconhecimento fluente da língua e da cultura das sociedades de acolhimento, levam a uma maior dificuldade de inserção e

acrescida vulnerabilidade deste conjunto de pessoas em particular¹², agindo como entrave a um grupo que, pelas suas múltiplas características, se encontram numa situação de grande vulnerabilidade.

Educational resources and information programmes only partly reach migrants, often because of economic and social barriers. Lack of affordable second-language courses for adults, (...) creates a barrier for migrants who want to improve their literacy (Kickbush et al., 2013:19).

O reconhecimento da influência que as políticas públicas possuem no desenvolvimento da LS tem vindo a produzir alterações estruturais a nível nacional com a criação de departamentos e programas, como o “Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados”, sendo ainda integradas na proposta para os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 2015 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030. A criação destas medidas, por si só, é demonstrativa da crescente sensibilidade pública para a importância da LS.

Por outro lado, os fatores situacionais do indivíduo, como “*marital status, living situation, number of children, frequency of watching health-related TV programs [or other media content], frequency of attending health-related courses*” (Chiu et al., 2020: 3), segundo influenciam as diversas capacidades que se podem vir a desenvolver (ou não) no âmbito da literacia e da LS (Sorensen et al. (2012). Como demonstrado no estudo de Carla Serrão et al., (2015) os indivíduos casados apresentam níveis de LS mais elevados do que os indivíduos solteiros ou viúvos. Também Benavente et al., (1996) alertava para as condições de vida, de agregados familiares com comprovada carência de materiais didáticos e de recursos literários que permitissem o desenvolvimento das capacidades de literacia das crianças e adultos.

“Não é só a ausência de certificados escolares. São também os contextos domésticos empobrecidos em livros e outros materiais escritos, a vida quotidiana rarefeita em práticas de literacia ou, muito trivialmente, as dificuldades em prestar ajudas concretas às crianças nas aprendizagens (...)” (Benavente et al., 1996: 402).

¹² De forma a fazer face aos baixos índices de LS que se registam em toda a Europa, foi desenvolvido, em 2003, na Alemanha, o projeto piloto “*MiMi Programme: With Migrants for Migrants – Intercultural Health*”. Este projeto, que pretende a promoção da LS entre migrantes já socialmente integrados, que depois de receberem treino apropriado atuam como mediadores, em *meetings* onde falam sobre o sistema e os recursos de saúde disponíveis, assim como de questões-chave como a saúde sexual, a saúde mental, dieta e nutrição, consumo de tabaco, álcool e drogas entre outros, para a população de migrantes que não se encontra com bases tão solidificadas. Assim, estes mediadores “act as bridges builders between less well integrated migrants and the German health system” (Rowlands et al., 2018).

Por último o fator situacional que demonstra ter influência sobre os níveis de literacia, e que pretendemos realçar pela sua importância, é o acesso e uso das novas tecnologias.

Se há uma década fazia sentido analisar este fator através de uma lente mais ‘micro’, em que o estudo recaía sobre a propriedade e acesso aos meios digitais, como ter um computador/ tablet/ smartphone/ televisão em casa, ou possuir internet, atualmente, os estudos tendem a adotar um olhar mais ‘macro’ em relação a este fator. Apesar de não ser tomado como um dado adquirido o acesso aos diferentes recursos tecnológicos por toda a população, atualmente privilegia-se o estudo do “aprofundando de contextos e leituras de apropriação e utilização dos vários dispositivos eletrónicos” (Cardoso, 2008), o que permitiu fazer emergir o conceito de Literacia dos Media¹³. Assim, o paradigma dos estudos e investigações sobre as novas tecnologias deixou de recair tanto no facto de um indivíduo ‘possuir computador/ internet em casa’ para se estudar ‘de que forma se utiliza, quando e onde se utiliza e com que objetivo: para trabalho/ informações/ lazer’.

As tecnologias têm ganho espaço contínuo na esfera da saúde através da prestação de vários serviços favorecidos por recursos digitais: consultas médicas online (telemedicina), aplicações de controlo de hábitos de vida (como tabagismo ou nutrição), plataformas de informação sobre as mais diversas patologias, entre outras. Perante o uso das novas tecnologias na esfera da saúde, tornou-se necessário, então, estender o conceito de LS por forma a abranger esta nova realidade. Assim surgiu o conceito de Literacia em Saúde Digital (LS Digital) definido como,

the ability to appraise health information from electronic sources and apply the knowledge gained to addressing or solving a health-related problem and as such has emerged as an important component of greater health literacy (B. Smith & Magnani, 2019:280)

Estando a esfera da saúde num inegável processo de digitalização, é crucial olhar para as características daqueles que se encontram em maior risco de exclusão da LS Digital como aparentam ser grupos com idade avançada, os que possuem menores níveis de educação formal (B. Smith & Magnani, 2019), aqueles que demonstram fraco uso quotidiano de ferramentas digitais em ambiente familiar, os economicamente mais desfavorecidos e

¹³ Entende-se como conceito de Literacia dos Media não apenas como o acesso e entendimento de conteúdos digitais produzidos, mas também a capacidade de criação e de publicação de conteúdos pelos utilizadores e consumidores da tecnologia, quer para fins de lazer quer para outros fins (Hartley *et al.*, 2008). Este conceito olha para as interações das pessoas com a tecnologia digital, de uma forma “múltipla, rica e complexa, numa ampla gama de práticas de literacia digital” (Cardoso, 2008).

aqueles que pertencem a minorias étnica (Ono & Zavodny, 2007) (B. Smith & Magnani, 2019). Por outro lado, como as gerações mais jovens, são usualmente consideradas mais capazes para usar os recursos tecnológicos, sendo mesmo considerados “nativos digitais”, podemos cair na falácia de achar que estes não se encontram em risco de exclusão. Sobre isto, Marta Neves (2013) olha para a expressão “nativos digitais”, ou seja, para as gerações mais jovens nascidas na era da informação digital, concluindo que esta geração não se encontra mais propensa a desenvolver competências tecnológicas por si só, sendo esta propensão fruto de todo um contexto político, social e educacional, mas principalmente da esfera situacional familiar em que esta criança nasce. A autora alerta assim para a perigosa a homogeneização de toda uma geração, sem olhar para cada indivíduo de forma singular.

Além da barreira do acesso aos recursos tecnológicos necessários para se aceder à informação sobre saúde, outras barreiras existem para aqueles que tendo acesso, por múltiplas razões, não conseguem fazer uso e compreender a informação disponibilizada nas plataformas tecnológicas. Segundo Smith & Magnani (2019), na sua generalidade, as informações de saúde presentes nas diferentes plataformas digitais encontram-se escritas com diversos jargões e terminologias médicas, parágrafos densos e linguagem difícil levando a que os indivíduos que as consultam necessitem atingir níveis de literacia elevados para conseguir compreender e aplicar as informações lidas.

Podemos olhar para os recursos tecnológicos e a LS como sujeitos a uma relação de causa e efeito. Se por um lado é necessário possuir elevados níveis de LS para se perceber as informações disponibilizadas pelos diferentes recursos tecnológicos e meios de comunicação, por outro lado, é necessário ter acesso aos recursos tecnológicos para acompanhar novos estudos, ter acesso a nova e mais completa informação, assim como serviços médicos, levando ao desenvolvimento da LS e da LS Digital de cada um dos utilizadores, nunca esquecendo as diferentes esferas que influenciam este conceito

Health status is influenced by individual characteristics and behavioural patterns (lifestyles) but continues to be significantly determined by the different social, economic and environmental circumstances of individuals and populations (Nutbeam, 2000b:260)

2.4 Baixos Níveis de Literacia em Saúde: das consequências individuais aos impactos no sistema de saúde

Como temos analisado até aqui, e como refere Nutbeam (Nutbeam, 1986), a mais pequena capacidade de literacia funcional confere a oportunidade, a qualquer cidadão, de desenvolver o seu conhecimento e potencial, proporcionando uma cidadania mais ativa, ações responsáveis e uma maior autonomia em qualquer esfera da sua vida. Diferentes níveis de literacia em saúde encontram-se associados a diferentes consequências para a saúde, assim como a diferentes resultados relacionados com a saúde (Speros 2005; D. Berkman *et al.* 2011; Sørensen *et al.* 2012)

Um olhar geral para as tipologias avançadas nos diferentes estudos permite-nos identificar dois grandes grupos: os que possuem um nível de LS suficiente e excelente e aqueles cujo nível de LS pode ser descrito como inadequado ou problemático (Sørensen *et al.*, 2012). Esta divisão visa a simplificação do estudo e da discussão relacionadas com as vantagens e desvantagens, com os *outcomes* e impactos sociais que, dependendo do grupo em que se insere, um indivíduo irá estar sujeito.

The consequences of [high levels] health literacy that have been demonstrated by research include improved self-reported health status, lower health care costs, increased health knowledge, shorter hospitalizations, and less frequent use of health care services.(Speros, 2005: 637)

Com efeito, os *outcomes* dos indivíduos com níveis de LS suficientes ou excelentes são descritos de uma forma mais positiva e como sendo proveitosos para a sociedade em geral. Particularmente, as pessoas usufruem de uma melhor qualidade de vida, apresentando menos problemas de saúde e de menor gravidade, já que atuam, a este nível, de forma preventiva. Por outro lado, possuindo níveis mais elevados de LS, os indivíduos demonstram controlar de forma mais eficaz as suas doenças, inclusive as doenças crónicas, já que têm menos dificuldades em seguir instruções terapêuticas e de medicação, apresentando uma maior facilidade no rastreamento e controlo dos sintomas. Aqueles com níveis de LS mais elevados apresentam, portanto, um maior poder de decisão sobre a necessidade de cuidados de saúde imediatos, recorrendo com menos frequência aos serviços de urgência, não aumentando a lotação dos Serviços de Saúde de forma prescindível e contribuindo para a redução do investimento público em saúde (Alves *et al.*, 2018).

Já as consequências, retratadas na literatura, resultantes de baixos níveis de LS tendem a estar relacionadas com uma menor qualidade de vida e um pior estado de saúde, efeito da débil adesão às terapêuticas prescritas, uma maior propensão para cometer erros na

toma da medicação e maior dificuldade em se ‘movimentarem’ dentro do Sistema de Saúde (Kickbusch & Maag, 2008). É este grupo que também apresenta maior probabilidade de adoção de comportamentos de risco para a saúde, como o consumo de tabaco, o uso de drogas e álcool e uma alimentação desequilibrada, não agindo, portanto, de forma preventiva (Santos, 2010; Sørensen *et al.*, 2012; Kickbush *et al.*, 2013). Assim, os indivíduos com níveis mais baixos de LS, apresentam uma menor capacidade de tomar decisões sobre saúde (do próprio sujeito ou em relação a terceiros), mais dificuldades em comunicar eficazmente com os profissionais e de participar ativamente na discussão de terapêuticas (Kickbusch & Maag, 2008; Speros, 2005). Em suma, este grupo apresenta uma menor capacidade de gestão da saúde em geral, sendo agravada nos casos que se apresentam doenças crônicas.

Se, por um lado, elevados níveis de LS promovem o uso eficiente dos recursos dos sistemas de Saúde, por outro, níveis de LS reduzidos, levam a uma sobrecarga de todo o setor da Saúde e da prestação de cuidados, sendo responsáveis pelo uso ineficiente de recursos e o aumento dos custos sociais, já que:

a hospitalização é potencialmente evitável através da educação dos utentes, de iniciativas de promoção de saúde, de um diagnóstico e tratamento precoce da doença e de uma gestão adequada da doença crónica (OPSS, 2019:41).

2.4.1 Os Custos Sociais e Económicos dos baixos índices de Literacia em Saúde

Os baixos índices de LS implicam custos financeiros e sociais que, apesar da sua extrema relevância, não se encontram ainda devidamente explorados na literatura internacional ou nacional sobre este tema. Sendo a população que possui baixos índices de LS a mais propensa a utilizar os serviços públicos de Saúde como uma forma de resolução e não de prevenção de problemas, assiste-se, assim, a uma maior sobrecarga dos serviços de urgência e a mais hospitalizações, sendo estas últimas mais prolongadas. Logicamente, um uso menos eficiente do Sistema de Saúde, aumenta o investimento económico necessário na esfera da saúde, além da sobrelotação desses serviços, pois

o comportamento “inadequado” dos utentes na procura de serviços de urgências para condições “não urgentes” é referido na literatura como um contributo importante para o elevado número de episódios de urgências (OPSS, 2019:47).

A dificuldade daqueles que apresentam baixos níveis de LS em seguir as terapêuticas e prescrições de medicamentos, leva ainda ao aumento do investimento em medicamentos compartilhados, podendo implicar sobretudo custos humanos, sendo que este grupo é

aquele que apresenta maior taxa de mortalidade (Baker *et al.*, 2008; N. D. Berkman *et al.*, 2011; Kickbush *et al.*, 2013; Alves, *et al.*, 2018). Menos aptos a seguir indicações médicas, o grupo com menores níveis de LS é apresentado na literatura como aquele em que os indivíduos têm uma maior perda de qualidade de vida, já que são também estes que demonstram, mais precocemente, maiores incapacidades motoras e mentais. Acresce a este grupo a característica de apresentar uma menor participação em ações de prevenção e de promoção da saúde (Speros, 2005; Ishikawa *et al.*, 2008).

Seguindo esta linha de raciocínio, quanto menos literata em saúde for a população de um país, maior será a necessidade de investimento no Sistema de Saúde, o qual tende, assim, a atuar numa base de resolução e não de prevenção da doença. Segundo alguns estudos, os custos económicos associados aos baixos níveis de LS na Suíça rondavam os 3-5% dos custos totais do sistema de saúde. Assim, os índices de Literacia em Saúde, para além de constituírem um problema para a saúde individual, constituem-se um problema coletivo com dimensões económicas de relevo (Kickbusch *et al.* 2008; Eichler *et al.* 2009).

3. Literacia em Saúde e Participação pública em saúde

A declaração de Alma-Ata¹⁴ (OMS, 1978) é um marco nos direitos e deveres relacionados com a participação, quer individual, quer coletiva, no planeamento e organização dos serviços que prestam cuidados de saúde. Utilizando a denominação presente em Matos & Serapioni (2017: 2), referimo-nos aos “usuários dos serviços de saúde, aqueles que podem falar com a autoridade advinda da experiência com o serviço” e aos cidadãos como “todas as pessoas que têm o direito de receber cuidados de saúde por parte do Estado”.

No contexto da participação pública em saúde, o questionamento do paradigma biomédico levou à criação de áreas de interesse, como comunidades terapêuticas, autoterapias, grupos de autoajuda, entre outros, permitindo a valorização do conhecimento ‘leigo’, concedendo assim relevância ao conhecimento dos pacientes e dos cidadãos, e à necessidade da sua participação no desenho do SNS (Serapioni *et al.* 2014), ou seja, por forma a “garantir que a voz dos cidadãos e as suas preferências exercem uma influência determinante na forma segundo a qual os serviços são desenhados e implementados” (BMJ, 1996).

Para Serapioni *et al.*, (2014) existem duas tipologias de mecanismos convencionais de envolvimento dos cidadãos no Sistema de Saúde: a participação institucionalizada e a participação ocasional. A participação institucionalizada ocorre através de comités, fóruns, reconhecidos formal e legalmente e implementados em todas as instituições de saúde do país. A participação ocasional, compreende iniciativas esporádicas, de participação dos utentes e atividades específicas, quer para identificação de necessidades, definição de prioridades, quer para fases de planeamento e avaliação.

Contudo, apesar de estas formas de participação ocorrerem, vale a pena examinar quem são os utentes que nelas participam. Na análise presente em Ashcroft (2009), no Reino Unido, os cidadãos que participavam em algum mecanismo de envolvimento no sistema de saúde, caracterizavam-se por serem jovens, com um nível de escolaridade acima da média nacional e pertencendo a um estatuto económico elevado. Este conjunto de características posiciona, teoricamente, estes intervenientes em grupos que apresentam melhores níveis de

¹⁴ A Declaração de Alma-Ata foi produzida em 1973, aquando da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS. Esta declaração enfatiza a importância dos cuidados de saúde primários, tentando estabelecer a promoção da saúde como uma das prioridades da ordem económica internacional.

LS, sendo demonstrado que poucas iniciativas encorajam pessoas com níveis de LS menores a terem uma participação ativa e interessada nos mecanismos desenhados pelo sistema.

Como referido por Ana Raquel Matos e Mauro Serapioni, (2017) “os principais beneficiários da participação não pertencem às camadas sociais mais desfavorecidas, com mais necessidade de fazer ouvir a sua voz”, o que gera um possível aumento do “fosso das desigualdades em saúde” (Ashcroft, 2009), pois sendo a participação não representativa dos grupos com menores níveis de LS, as políticas públicas elaboradas com base nos contributos destas forma de participação, podem contribuir para exacerbar desigualdades já existentes. Apesar da implementação de algumas estratégias (como a criação de comités, fóruns e estratégias pontuais) para o incremento da participação cidadã, estas iniciativas, em Portugal, ainda são marcadas pela escassez de oportunidades em espaços formais, institucionalizados e de funcionamento regular. Esta carência de oportunidades demonstra a presente anomalia na distribuição do poder dentro do sistema político (Matos *et al.*, 2017), sendo o sistema de saúde fortemente influenciado por grupos estruturados e com uma baixa participação dos cidadãos. Tal inadequada distribuição do poder é também reconhecida no Reino Unido (Ashcroft, 2009).

Nas últimas décadas, fruto do desinvestimento na saúde¹⁵, formas alternativas ou não convencionais de participação parecem ter assumido protagonismo em contexto nacional. As manifestações de protesto surgem “como estratégia de reivindicação por mais e melhor participação em contextos deliberativos, revelando ainda potencial para influenciar decisões” (Matos *et al* 2017), sendo a esfera da saúde um dos principais contextos de mobilização da população portuguesa.

As formas inconventionais de participar na vida pública podem, assim, desempenhar um papel crucial no exercício da democracia, sobretudo em contextos onde a estrutura governativa ainda falha na provisão de mecanismos e na criação de espaços capazes de garantir uma participação cidadã regular e sistemática (Crisóstomo, Matos, Borges, & Santos, 2019:129)

O protesto, e outras formas de participação não convencional, vêm dar voz a grupos usualmente invisibilizados pelos sistemas de participação convencional, possibilitando que as pessoas com um nível de LS menor consigam manifestar as suas opiniões e reivindicações, no seu próprio vocabulário, numa ‘linguagem’ e posição que entendem e na

¹⁵ Analisando a % do Produto Interno Bruto (PIB) português gasto em despesas em saúde, conseguimos observar que desde 2012, ano em que se registou uma maior % do PIB gasto em saúde 6,2%, este indicador tem vindo a diminuir consecutivamente até ao último ano de 2019 onde foi registada uma despesa de apenas 4,5% do PIB (PORDATA, 2021a).

qual não se sentem intimidados nem inferiorizados por um sistema pouco adaptado às suas necessidades. Torna-se assim fundamental reformular as configurações da participação convencional na área da saúde, implementando mecanismos capazes de trazer a estes espaços os considerados *hard-to-reach citizens* (Bonevski *et al.*, 2014; Liljas *et al.*, 2019), para que a todos os cidadãos seja disponibilizada uma oportunidade para exercer o seu direito de participação de forma plena. Sendo a área da Saúde uma esfera (individual e coletiva) que afeta cada indivíduo, sem olhar aos níveis de LS apresentados, necessitamos de um sistema que não intimide os seus utentes, nem descredibilize a sua opinião sobre o funcionamento do SNS e medidas que lhes dizem diretamente respeito.

3.1 Literacia em Saúde e o Paradigma Biomédico

A necessidade de transpor o modelo de saúde considerado paternalista (Charles *et al.* 1997), e que representa o paradigma biomédico, tem como principal objetivo a autonomização e capacitação dos pacientes e dos cidadãos para a saúde.

Esse modelo prevê uma posição passiva do paciente, tanto na tomada de decisão como durante o tratamento, eliminando qualquer possibilidade de *'shared-decision-making'*¹⁶. O médico, ou outro profissional de saúde, é apresentado como o *expert* e autoridade de conhecimento supremo, sendo totalmente desvalorizada a opinião e o conhecimento 'leigo', conhecimento detido pelo paciente através da sua experiência e conhecimento prático (*know-how*) de quem é afetado e vive a doença.

“Patient involvement (if there is any) is limited to providing consent to the treatment advocated by the physician.”(Charles *et al.*, 1997)

É, portanto, necessário dar espaço de forma a incrementar a participação dos cidadãos nas decisões sobre a sua saúde, criando modelos de decisão partilhada, que promovam a autonomia de decisão e capacidade de autogestão da doença. Um novo paradigma que segundo Ekman *et al.* (2011) se encontra em curso, apesar dos inúmeros desafios que a sua implementação apresenta, é o *Person-Centered Care* (PCC). Neste modelo valoriza-se uma maior participação do paciente quer nos processos de tomada de decisão sobre a sua doença, quer na sua autogestão (Williamson, 2014), tornando-o, desta forma, um agente ativo ao longo deste processo. Este *'partnership paradigm'* é apresentado

¹⁶ *Shared-decision-making* é a componente principal dos cuidados de saúde centrados no doente, que olha para o paciente como agente ativo, conjuntamente com o médico, na tomada de decisão, na seleção de testes, tratamentos e planos de cuidados que aliem a prática e os resultados com as preferências e os valores do paciente. Neste processo, quando os pacientes são ativamente integrados no desenho do seu plano de cuidados, percebendo o que tem de fazer à uma maior propensão aa que este plano seja cumprido corretamente (Elwyn G *et al.*, 2013)

como particularmente importante quando aplicado a pessoas com doenças crônicas, pela autonomia que permite que o indivíduo adquira e que leva à diminuição da sobrecarga dos sistemas de saúde (*ibidem*).

Apesar de o modelo PCC apresentar inúmeras vantagens, individuais e coletivas, também é exigente do ponto de vista das diversas aptidões que requer, por parte dos cidadãos, no que toca à sua implementação. Se para a camada da população com nível adequado ou suficiente de LS este modelo pode ser benéfico e de fácil aplicação, para aqueles que se encontram nos grupos com baixos níveis de LS o PCC apresenta-se como um desafio à autonomia e capacidade de gestão da doença (especialmente por parte de doentes crônicos). Como já exposto anteriormente¹⁷, os pacientes que apresentam baixos níveis de LS são os que possuem maiores dificuldades em compreender instruções terapêuticas, apresentando menores capacidades de ter uma comunicação pró-ativa, interativa e bidirecional¹⁸ (Sudore *et al.*, 2009) assim como apresentam uma superior insatisfação com a comunicação médico-paciente, especialmente se o idioma da conversação não for a sua língua materna (*ibidem*).

Para Wittink *et al.* (2018), o tópico comunicação médico-paciente apresenta-se essencial para conseguir bons resultados em saúde. Esta análise evidencia a incapacidade de indivíduos com baixos níveis de LS perceberem a informação dada pelos médicos, mas também a sua incapacidade para utilizar vocabulário adequado que descreva a sua condição, bem como a falta de coerência e lógica sequencial que é apresentada no discurso. Fruto destas incapacidades surgem sentimentos de vergonha e de incompreensão por parte do paciente, que aprofunda ainda mais as suas dificuldades no âmbito desta interação (*ibidem*). É neste contexto que se mostra necessária a implementação de *therapeutic patient education*, ou seja, a capacitação dos pacientes, de forma gradual, não somente com conhecimentos específicos sobre a sua condição, mas também através da gestão comportamental e emocional e de todas as competências necessárias, permitindo não só a gestão da doença, mas dando também a possibilidade de o paciente ver melhoradas outras competências relacionadas com a sua saúde ou que possuam consequências ao nível da sua saúde,

¹⁷ Ver Capítulo 2.3 - Fatores Influenciadores dos Níveis de Literacia.

¹⁸ Segundo Sudore *et al.* (2009) entende-se como comunicação recetiva o discurso unilateral, direcionado do médico para o paciente; comunicação pró-ativa o discurso unilateral, estabelecido do paciente para o médico; comunicação interativa, a capacidade de realizar perguntas; e comunicação bidirecional, a comunicação multilateral estabelecida entre o paciente e o médico.

[...] therapeutic patient education as education that helps to learn and to develop many competencies as well as to adapt behaviours leading to the improvement of health. What this means is that we should aim to increase people's health literacy skills through patient education (Wittink, H & Oosterhaven, J, 2018)

É necessário, perante as dificuldades de literacia que os pacientes apresentam, que os médicos e outros profissionais de saúde – bem como todo o sistema¹⁹ – se adequem aos níveis de LS e às (in)capacidades manifestadas pela população a quem prestam cuidados. Presentes no Manual de Boas Práticas em Literacia em Saúde (Almeida *et al.*, 2019) estão algumas estratégias desenvolvidas de forma a facilitar a interação entre médico-paciente, desde a utilização de frases curtas e vocabulário simples, excluindo os jargões médicos; falar de forma clara e concreta, focando o discurso na informação necessária; recorrer a desenhos e a imagens gráficas sempre que se demonstrar imprescindível; criar uma relação médico-paciente livre de vergonha e de sentimentos de intimidação.

Além da relação médico-paciente, é ainda imprescindível repensar a relação sistema de saúde-paciente. A DGS, reconhecendo a importância dos níveis de LS dos cidadãos para a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde Português (SNS), tem vindo a promover a LS através de várias medidas, como a criação da Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar e a implementação do projeto SNS + Proximidade (Almeida *et al.* 2019). Através do SNS + Proximidade, pretende-se fazer face à multimorbilidade²⁰ (fenómeno que afeta a sociedade Portuguesa), através de três instrumentos para a promoção da literacia: 1) Biblioteca de Literacia em Saúde; 2) Livros Digitais e 3) Diário da Minha Saúde. Esta iniciativa encontra-se disponível no site oficial (<https://www.sns.gov.pt/sns-mais/sns-proximidade>), mas também em formato físico adaptado, distribuído em pontos estratégicos (centros de saúde, farmácias, entre outros). Segundo a DGS, uma das grandes preocupações foi a adaptação de todos os instrumentos desenvolvidos, considerando os baixos níveis de literacia e de literacia digital de uma parte da população portuguesa, havendo uma adaptação do sistema à realidade da população.

¹⁹ Apesar da utilização generalizada do termo “Sistemas de Saúde” presente no nosso trabalho, compreendemos a diferenciação da organização dos Serviços Nacionais de Saúde entre os diferentes contextos regionais, incluindo a diferença global presente entre o ‘Norte’ e o ‘Sul’ mundial (Craveiro, *et al.* 2020).

²⁰ Por multimorbilidade compreende-se a elevada esperança média de vida que, por si só, incrementa o número de pessoas com vários problemas de saúde, característica do envelhecimento da população. Estas pessoas utilizam os cuidados de saúde com mais frequência que outros grupos etários, principalmente as urgências hospitalares (Almeida *et al.*, 2019).

3.2 “Empowerment” e Literacia em Saúde - Conceitos distantes?

Se por um lado, o crescente interesse pela LS deriva do reconhecimento necessário de uma maior ênfase a conferir ao papel e à responsabilidade dos cidadãos na sua saúde e nos cuidados de saúde (Gonçalves, 2015), por outro, a relação entre LS e *empowerment* dos indivíduos, continua ainda pouco estudada.

Segundo Eyüboğlu & Schulz (2016: 1), o *empowerment* dos indivíduos relativamente à sua saúde pode ser definido como “... subjective feelings of power, control and self-esteem that make the patient value autonomy – and thus interest in and desired to participate in healthcare decisions”. Adicionalmente, Kickbusch *et al* (2006) relacionam a LS com o *empowerment* dos indivíduos, alegando que “[health literacy is] a critical empowerment strategy to increase people’s control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility” (idem, p.viii).

Em *The Nexus Between Health Literacy and Empowerment: A Scoping Review*, Crondahl & Eklund Karlsson realizam uma revisão da bibliografia existente sobre a relação em causa. Com apenas cinco trabalhos a cumprirem todos os critérios para análise, e apesar de não terem descoberto nenhum trabalho específico no âmbito desta correspondência, concluíram que apesar de LS e *empowerment* se encontrarem relacionados, não existem evidências empíricas, nem tampouco discussões científicas, profundas e detalhadas, sobre uma relação direta, principalmente sobre o *empowerment* como consequência da LS (Crondahl & Eklund Karlsson, 2016).

A person might have adequate skills and understanding (health literacy) yet lack power and the motivation to take control (empowerment). Likewise, a person with the motivation and power (self-esteem and control) to behave and act according to his or her own decisions does not necessarily have the skills or knowledge required to do so (Crondahl & Eklund Karlsson, 2016: 4).

Contudo, apesar de a literatura existente não demonstrar uma evidência empírica da relação entre LS e *empowerment*, Nutbeam (2000) refere este processo como parte do objetivo final da LS, sobretudo ao nível da Literacia Crítica, quer através da capacitação individual, quer através da capacitação comunitária.

Health literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people’s access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment (Nutbeam, 2000b: 264).

4. Literacia em saúde e COVID-19

De forma inesperada, em 2020, o mundo confrontou-se com a pandemia COVID-19²¹, doença provocada pela infeção do coronavírus SARS-CoV-2. Esta pandemia, entre outros impactos, veio pôr à prova os sistemas de Saúde de cada país, salientando as suas fragilidades, desde logo ao nível da informação veiculada sobre a doença e a forma como a população respondeu no sentido da sua prevenção. Neste contexto, a nível individual, a pandemia, e toda a informação que tem feito veicular em seu torno, tem desafiado a capacidade e o grau de compreensão da população mundial sobre a informação científica e as regras sanitárias que estão a ser adotadas e modificadas com a evolução da doença à escala mundial.

O elevado grau de incerteza sobre a doença não permite assegurar um quadro de informação firmemente estabelecido, levando a uma constante (re)adaptação. Face a este cenário, cada indivíduo torna-se um agente ativo no combate à proliferação dos casos de infeção e no controlo da pandemia, sobretudo a partir dos comportamentos que adota e em função da informação que as autoridades da saúde, nacionais e mundial, aliadas à investigação científica, vão promovendo. A necessidade de definir comportamentos individuais para conter a propagação da pandemia veio alertar para a importância da Literacia em Saúde enquanto instrumento de combate a esta ameaça à saúde coletiva.

Apesar de ainda não se ver atribuída a devida importância à LS, que pode até comparar-se a uma epidemia silenciosa (Cangussú *et al.*, 2020), a literatura existente já concede pertinência à sua análise para aferir os impactos dos diferentes níveis de LS nas doenças crónicas, doenças não transmissíveis ou em outras doenças de longo-prazo/duradouras. Contudo, como referido, é ainda escassa a literatura que analisa o impacto da LS em doenças transmissíveis, sobretudo com consequências de ‘curto-prazo’, como é o caso da Covid-19 (Cangussú *et al.* 2020). A subida vertiginosa de casos confirmados de Covid-19, a nível

²¹ A 31 de Dezembro de 2019, a Comissão de Saúde de Wuhan (China), reportou os primeiros casos de pneumonia ‘por causa desconhecida’, que mais tarde foi designada como a doença Covid-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2. Este novo vírus, que aparenta ser originário dos morcegos, adquiriu uma nova capacidade de se transmitir para e entre os humanos, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar, no dia 11 de março de 2020, que estávamos presentes uma pandemia global, com a possibilidade de afetar qualquer país. O primeiro caso a ser detetado na Europa, aconteceu a 24 de janeiro de 2020 em Bordeaux, França, sendo que, a primeira situação reconhecida em território português, foi registada no dia 3 de março. A doença Covid-19 veio por a descoberto as fragilidades de qualquer sistema de Saúde e das estruturas da sociedade, assim como o deficitário grau de conhecimento científico perante esta nova doença, levou a um elevado grau de incerteza e estabilidade das medidas aplicadas com o intuito de combater a pandemia, exigindo um elevado grau de capacitação de todos os setores da sociedade (Saúde, 2020).

mundial, demonstrou a incapacidade e a dificuldade dos indivíduos em perceberem práticas básicas de prevenção da doença, ilustrando os baixos níveis de LS que grassam pelo mundo

half of the European population presented an insufficient level of health literacy. In Canada, about 60% of adults have inadequate health literacy, something that is even more pronounced in the elderly population, with approximately 80% inadequacy. In the United States, through the National Assessment of Adult Literacy (NAAL) survey, it was found that only 12% of Americans had a proficient level of health literacy (Cangussú et al. 2020:32)

A pandemia veio, assim, realçar também como diversas características populacionais, se encontram relacionadas com a resposta ao problema de saúde pública em análise, contribuindo para uma maior probabilidade de grupos com certas características serem mais afetados. Segundo Ahmed, *et al* (2020) detetou que as classes sociais mais desfavorecidas foram as mais afetadas pela doença Covid-19, sendo complementarmente aquelas que apresentam, de forma teórica, piores resultados no que se refere à LS. Apesar de a LS não estabelecer uma correlação direta com o status socioeconómico dos indivíduos, a população economicamente mais desfavorecida é aquela que demonstra uma maior propensão para possuir níveis menores de LS, sendo também, estatisticamente, a mais propensa às doenças crónicas (elevando o seu risco de mortalidade pela Covid-19), a que tem menos acesso a serviços de saúde e a que revela estados de saúde mais débeis, possuindo ainda menor acesso e uso de recursos tecnológicos e internet, sendo, portanto, mais afetada pela “desinformação e/ou pela má comunicação” (Cangussú *et al.*, 2020; Elsevier, 2020).

In a time like this of the COVID-19 pandemic, full of uncertainties, in which information is constantly changing and a rapid behaviour change by the world population is required to reduce the risks of infection and spread of this disease, presenting an adequate level of health literacy has never been more important (Cangussú et al., 2020: 30)

Apesar de já se terem registado surtos de outros Coronavírus (SARS-CoV-1 e o MERS-CoV), nenhum destes eventos apresentou níveis de propagação como o SARS-CoV-2, sendo este último o único que se tornou pandemia à escala mundial. Na tentativa de analisar a literatura existente que relaciona a LS com doenças infecciosas, Matteredne *et al* (2021) elaboraram uma *scoping review* da qual resultaram três artigos que se referem à análise da LS nos três surtos de Coronavírus existentes. Segundo os autores, esta pesquisa não permitiu identificar instrumentos capazes de estabelecer associações entre a LS e as consequências/antecedentes de uma epidemia ou pandemia, já que nenhuma investigação foi realizada até à data. Contudo, afirmam que:

The strengths of this relationship [levels of HL and infectious disease prevention] may be exponentially higher under pandemic circumstances, but no synthesised information on this topic appears to exist to date (Ibidem: 224)

Considerando esta relação, importa atentar na questão dos comportamentos individuais e coletivos que a população mundial teve perante a pandemia e pensar como os diferentes níveis de LS podem ser influentes a este nível. Importa ainda refletir, em particular, sobre o sistema político e o sistema de saúde em Portugal, numa tentativa de perceber se estes, na sua ação, consideram os níveis de LS da população na sua relação com a pandemia de COVID-19 enquanto problema de saúde pública.

Com as relações entre o conhecimento científico, a doença Covid-19 e a LS ainda pouco sedimentadas na literatura disponível, resta-nos refletir sobre estas relações correspondência a partir da informação disponível, tentando construir conhecimento a este nível.

4.1 Respostas à Covid-19

A implementação de diversas estratégias de combate à pandemia (quer a nível mundial, europeu e nacional), aliadas a informações de elevado grau de incerteza, vieram suscitar sentimentos antagónicos na população (Merriam & Behrendt, 2020). Segundo o *The New York Times* (Fisher, 2020), as reações sentidas relativamente a este coronavírus são bastante dispare, fruto da forma como cada pessoa avalia o risco e as ameaças à sua saúde. Assim, se uma parte da população olha para o coronavírus de forma ‘fatalista’, outra encara com ‘descrédito’ as consequências que este pode provocar (Merriam & Behrendt, 2020).

Desde fevereiro de 2020 que os media se focam, quase exclusivamente, na doença Covid-19, conferindo grande destaque às fatalidades implicadas na doença, ao número de mortos, de internados, de infetados, aos bloqueios de cidades através de ‘cercas sanitárias’, *lockdowns* generalizados, mas sem ir além de uma análise da situação que permita relacionar o comportamento da população com a sua LS. Situações trágicas foram referidas vezes sem conta nas mais variadas plataformas mediáticas, reportando as graves consequências da pandemia na vida de cada um (Merriam & Behrendt, 2020). Desta forma, cresceu o medo, a incerteza e a ansiedade que podem não estar em consonância com o risco a que certas pessoas estão expostas “that’s the representation of threat for us. Not the statistics of risk, but the feeling of risk” (Fisher, 2020). Por outro lado, não têm faltado opiniões que descredibilizam este novo vírus, comparando-o à gripe sazonal, doença que apesar de ser muito mortífera em

Portugal, sendo recorrente, não alarma a população geral: “*we’re conditioned by our experiences (...) can mislead us to be too comfortable*” (*ibidem*).

Vários grupos negacionistas surgiram durante esta pandemia, como é o exemplo dos “Médicos pela Verdade”²², um grupo internacional que tem demonstrado grande atividade durante as vagas pandémicas em Portugal. Este grupo de médicos, técnicos de saúde e demais cidadãos/cidadãs, pela posição que defende, teve grande projeção nas redes sociais e meios de comunicação em Portugal, negando a gravidade da doença Covid-19, contestando todo o conhecimento científico produzido sobre esta realidade. Segundo o jornal Polígrafo (“Coronavírus. As sete fake news defendidas pela polémica plataforma ‘Médicos Pela Verdade,’ 2020), os Médicos pela Verdade caracterizam-se pela defesa, criação e divulgação de *desinformação* em relação à pandemia, contribuindo para o aumento do descrédito no conhecimento e informações científicas, assim como nas medidas de prevenção e de combate à doença. “Os negacionistas da pandemia passaram a desqualificar e agredir os cientistas e o discurso científico, sem necessariamente argumentar de fato sobre a dúvida gerada” (Morel, 2021). Assim, entre informação científica assente em elevados graus de incerteza, sentimentos díspares presentes na população e a presença de discursos negacionistas é possível apreender o caos de informação sentido pelos cidadãos/cidadãs em relação aos comportamentos que deveriam adotar.

Atualmente ainda são escassos, e pouco aprofundados, os estudos sobre os comportamentos dos indivíduos e sobre a sua influência nas respostas à pandemia, contudo, alguns trabalhos apontam já algumas razões que levam as pessoas a rejeitarem, ou a não cumprirem, as medidas de prevenção impostas e/ou aconselhadas pelas autoridades políticas e de saúde. Segundo *The Behavioral Insights Team (2020)*²³, as principais justificações dadas para a não adoção de medidas de prevenção recomendadas são três: resultados de saúde incertos, ou seja, desconhecimento se a adoção de medidas preventivas impede efetivamente a contração do vírus; o facto de muitos dos benefícios das medidas preventivas tomadas por um indivíduo serem sentidas apenas em terceiros; por último, o benefício de

²² Na sua origem “Os médicos pela verdade” são um grupo espanhol com sede em Madrid fundado a 25 de julho de 2020. O seu exemplo levou a que em países como Portugal, Brasil, Argentina, EUA fossem criados grupos homónimos ao primeiro.

²³ *The Behavioral Insights Team* tem o propósito de, através da análise dos comportamentos humanos, sugerir alterações políticas (em áreas como a saúde, ajuda humanitária, crescimento económico), melhorias em serviços públicos. Perante a pandemia provocada pelo vírus Covid-19, este grupo redigiu artigos sobre os comportamentos e a sua influência na pandemia.

não ficar infetado apenas ocorre numa perspetiva futura, enquanto o esforço da tomada de medidas é sentido no presente (Merriam & Behrendt, 2020).

Perspetivando este debate a partir das razões que levam os indivíduos a reagirem positivamente às recomendações/medidas impostas, Van den Broucke (2020) afirma que as pessoas apenas: reagem aos avisos se acreditarem que é possível virem a desenvolver a doença; olham para a sua possível condição de saúde como algo grave; olham para as ações preventivas como efetivas no sentido de reduzir as ameaças da doença; acreditam que são capazes de cumprir tais ações preventivas. Contudo, não é garantido que perante a Covid-19 estas condições estejam presentes. Muitas pessoas não se consideram em risco de serem contagiadas pela doença, já que não estiveram ou não têm contacto com alguém infetado, pelo que encaram a Covid-19 como uma doença que se manifesta a partir de sintomas ligeiros e sem repercussões futuras na sua saúde (por exemplo, a geração mais jovem que alimenta a crença de que esta doença apenas acarreta consequências graves para a população mais idosa). Num quadro de incerteza, mas sobretudo de desconhecimento científico, não conseguem perceber as formas de propagação da doença, nem como algumas medidas de prevenção atuam. Além disso, desvalorizam a sua capacidade para cumprir prolongadamente todas as normas impostas e/ou recomendadas no sentido de prevenir o contágio (*ibidem*).

Partindo do trabalho de Van den Broucke (2020) e da recolha dos *The Behavioral Insights Team (2020)*, percebemos que os entendimentos que levam as pessoas a não cumprirem os comportamentos de prevenção associados à Covid-19 não se encontram apenas filiados na desaprovação das medidas por si só. Comportamentos relacionados com baixos níveis de LS, como a falta de conhecimento, a falta de compreensão de conceitos e práticas relativas à doença, a incapacidade de assimilação e distinção de comportamentos a adotar, entre outros, são fatores que influenciam os indivíduos na desvalorização das medidas preventivas.

4.2 Medidas implementadas no combate à Covid-19

Desde o início da pandemia que têm sido recomendadas e impostas medidas comportamentais de forma a prevenir o contágio da Covid-19. A OMS, assim como a DGS, promoveram várias ações de sensibilização, na sua maioria através dos média e das redes sociais, de forma a alertar a esfera cidadã para os comportamentos tidos como corretos e a serem adotados no contexto pandémico. Perante uma calamidade de saúde pública, como a Covid-19, os governantes de cada país, tiveram a necessidade de implementar pacotes de

medidas obrigatórias de forma a prevenir a propagação da doença. Torna-se, assim, importante enquadrar neste ponto, o essencial da informação que foi sendo prestada pela OMS e DGS, assim como as principais medidas de contenção impostas legalmente pelas autoridades governamentais.

Nas plataformas digitais da OMS e DGS²⁴ é possível encontrar diversos materiais de divulgação, desde cartazes, folhetos, imagens, vídeos e áudios, sobre os diferentes temas e setores de atividade, tendo como objetivo a sensibilização para a Covid-19. Todos os materiais são de acesso gratuito, estando disponíveis para *download* e difusão. Contudo, a disponibilização destes materiais para sensibilização da população para a Covid-19, de forma a ser eficaz e mais equitativa, necessitou de ser adaptada, por forma a que qualquer indivíduo, independentemente do seu nível de LS conseguisse compreender, avaliar e colocar em prática essas recomendações a partir da informação consultada. A construção e divulgação destes materiais demonstra ser assim uma tarefa complexa, sobretudo porque as lacunas nos níveis de LS ameaçam quer o acesso, quer a forma como a informação vai ser interpretada e implementada (Hamaguchi *et al.* 2020), principalmente se quem acede à informação pertencer a um grupo com especial vulnerabilidade a detiver baixos níveis de LS.

De forma a atenuar estas ameaças Hamaguchi e colegas (2020) propõem uma intersecção entre as artes e a saúde pública. Ou seja, que de uma forma simples e com total validação científica sejam produzidos ilustrações e esquemas, fornecendo informação médica e recomendações comportamentais relevantes no âmbito da pandemia. Um dos melhores exemplos à escala global foi o “*flattenthecurve*” (Figura 3), que ilustra os efeitos do distanciamento social na curva epidemiológica da Covid-19. De forma compreensível são representados na figura dois exemplos possíveis de propagação da situação pandémica a partir de dois cenários: 1) sem medidas restritivas e de prevenção “*Without Protective Measures*” e 2) com medidas de restrição e prevenção “*With Protective Measures*”. Tendo sido altamente divulgada nos primeiros estágios da pandemia, a Figura 3 explica, de forma simples e compreensível, como as distintas formas de atuação comportam consequências diferentes perante os casos de infeção e conseqüentemente perante a capacidade de resposta dos sistemas de saúde. No 1º cenário, a capacidades de resposta do sistema de saúde demonstra ser insuficiente, o que não se verifica no segundo cenário. Através desta

²⁴ <https://covid19.min-saude.pt/materiais-de-divulgacao/>

representação gráfica, os indivíduos conseguem perceber, cientificamente, a justificação e a validação de medidas de distanciamento social e de outras medidas de prevenção.

Em Portugal a DGS lançou a “Regra dos 5”, visando a sensibilização da população para cinco medidas consideradas cruciais no combate à pandemia: “Máscara”; “Distanciamento Social”; “Etiqueta Respiratória”; “Mãos”; e “App”. A Figura 4. que representa a “Regra dos 5”, segue assim as recomendações de Hamaguchi *et al.* (2020): é uma ilustração simples, maioritariamente constituída por elementos gráficos, sem terminologias médicas complexas e contém uma linguagem acessível aos diferentes níveis de LS.

Apesar de possuírem uma importância incomensurável, as medidas recomendadas (que podem ser adotadas ou não) não foram, por si só, capazes de interromper a progressão dos contágios. Em diversos países, os governantes viram-se obrigados a implementar medidas de exceção²⁵, com a criação de leis para a limitação dos comportamentos da população e suprimindo direitos e liberdades presentes nos regimes democráticos. Foram, assim, decretadas normas específicas durante o período de pandemia, destacando-se como as mais significativas as seguintes: o dever de permanência em casa (salvo deslocações autorizadas); teletrabalho obrigatório, reconfiguração dos setores em que esta medida não consegue ser implementada; encerramento das instituições de ensino, sendo implementado o ensino à distância, de forma virtual; encerramento de todo o comércio de bens não essenciais; reconfiguração das lotações das lojas; regime de *take-away* nos estabelecimentos

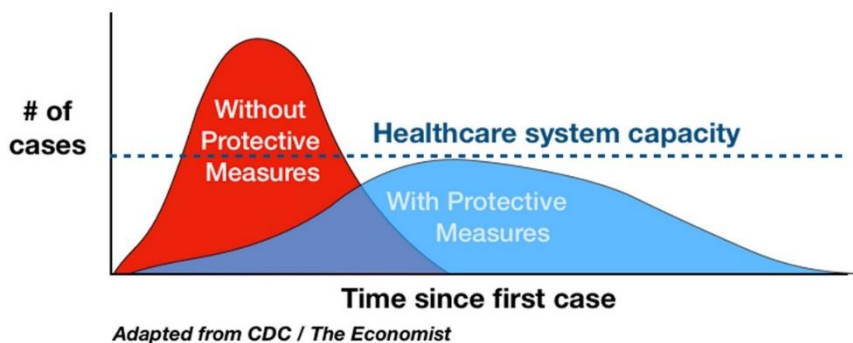


Figura 3: “Flatten the curve” comparação dos efeitos de distanciamento social na propagação da pandemia.

²⁵ Em Portugal, o primeiro Estado de Emergência foi decretado no dia 18 de março de 2020. Este foi o primeiro Estado de Emergência declarado desde o dia 25 de Abril de 1974.

de hotelaria; uso obrigatório de máscara na via pública; restrições de circulação, por concelhos ou ao fim-de-semana.



Figura 4: “Regra dos 5” medidas para o combate à pandemia DGS

A atual pandemia necessita, assim, de ser combatida por todo e qualquer indivíduo, sendo cada um responsável pelos seus comportamentos, mas também pela forma como pode comprometer a saúde coletiva:

[as] medidas preventivas individuais devem também ser consistentes com a comunidade em que os indivíduos estão inseridos, ou seja, devem ser preventivas para cada um e para os outros, sendo assim medidas de saúde pública (Espanha, 2020: 7).

4.3 Portugal e a COVID-19

Longe de ser uma doença de proliferação e de comportamento linear, a Covid-19 afetou Portugal de forma díspar, quer por regiões, quer ao longo dos meses. À data da redação desta dissertação, Portugal tinha enfrentado três vagas da doença. Neste contexto, o país revelou uma trajetória peculiar, passando de “exemplo europeu” na primeira vaga para uma situação em que, na terceira vaga, as estatísticas apontavam dias onde o país apresentava as mais elevadas taxas de contaminação e de mortes por Covid-19 em todo o mundo.

O primeiro caso confirmado de Covid-19 em Portugal ocorreu no dia 2 de março de 2020. Um mês depois, Portugal era reconhecido internacionalmente pela forma como combatia o novo coronavírus, justificado pelo baixo número de casos quando comparado sobretudo com o resto da Europa. Os principais jornais internacionais – *Forbes*, *Le Monde*, *New York Times*, *The Guardian* – entre outros, escreveram sobre o combate à pandemia em Portugal, nomeando-o como “o milagre português” (Nd, 2020). Todavia, interessa perceber

quais as características apontadas para o sucesso de Portugal na primeira vaga²⁶ da pandemia e indagar sobre as alterações que se registaram na passagem para a segunda e terceira vagas.

Em termos geográficos, Portugal encontra-se no extremo ocidente europeu, possuindo uma única fronteira terrestre com Espanha. Como a doença proliferou no sentido Este-Oeste europeu, Portugal foi o último país da Europa a ser atingido pelo coronavírus, dando mais tempo de preparação de medidas de contenção e de prevenção, utilizando como exemplo a evitar a realidade da doença que já era enfrentada em outros países. Em termos políticos, o consenso entre o governo e demais partidos parlamentares, o apoio do Presidente da República, assim como a legalização de todos os imigrantes que se encontravam em situação irregular em Portugal, trouxeram a estabilidade política necessária que permitiu uma atuação rápida e conjunta. Por outro lado, foram implementadas medidas de prevenção da Covid-19, com o primeiro *lockdown* no dia 18 de março de 2020 (à data o número de infetados registados era 642 e lamentavam-se duas mortes por Covid-19) conjuntamente com um elevado número de testes feitos à população. Além de todas estas²⁷ medidas implementadas na primeira vaga, a população portuguesa respondeu, aparentemente de forma exemplar, às restrições de circulação, cumprindo as normas de isolamento e levando o primeiro-ministro António Costa a afirmar: “Os portugueses são tão disciplinados que a repressão é inútil” (António Costa, *in* T. Rodrigues, 2021).

Esta citação do primeiro-ministro português leva-nos a refletir na causa que levou os cidadãos/cidadãs a aderirem às medidas de confinamento. Terá sido realmente a disciplina invocada por António Costa ou sentimentos como o medo perante esta nova doença, a insegurança na sua saúde, entre outros, que justificam as elevadas taxas de isolamento e o cumprimento de medidas de prevenção pela população portuguesa?

Para Aurora Viães (apud *in* T. Rodrigues, 2021), o medo foi o principal impulsionador para o eficaz isolamento dos portugueses na primeira vaga da pandemia, sendo que as imagens de outros países Europeus (como a vizinha Espanha ou Itália), fizeram aumentar o receio que essa realidade fosse vivida em Portugal. Vemos, pois, que na resposta

²⁶ Segundo Henrique Lopes, na entrevista à Visão Saúde (Rodrigues, 2020), uma vaga pandémica caracteriza-se pelo aumento exponencial de casos num determinado período e zona territorial, seguido de uma drástica diminuição dos casos de novas infeções ou da modificação do comportamento do agente infeccioso. Desde o início da pandemia Covid-19 até à data de escrita desta dissertação, Portugal registou três vagas de COVID-19. A primeira vaga ocorreu de março a maio de 2020, a segunda registou-se entre novembro e início de dezembro de 2020 e a terceira teve início no final de dezembro de 2020 e fim no início de fevereiro de 2021.

²⁷ Ver capítulo 4.2 - Medidas implementadas no combate à Covid-19.

à primeira vaga da doença Covid-19 a eficácia dos comportamentos da população Portuguesa e a adoção das diretrizes dadas pelo Governo e autoridades de saúde poderão ter sido, na sua maioria, impulsionadas pelo medo do desconhecido, ou seja, pela “psicose do contágio” (Fernandes, 2020). Com o fim da primeira vaga da pandemia, o regresso à vida quotidiana, a reabertura das escolas, da atividade económica, dos espaços culturais e de lazer vieram trazer um sentimento de aparente normalidade.

O emergir da segunda vaga veio, mais uma vez, testar a capacidade do governo e das autoridades na área da saúde em controlar e de combater a pandemia. Alertados pela comunidade internacional, por virologistas e cientistas, os decisores políticos tinham desenhado um plano de ação que não demonstrou ter o apoio consensual destes profissionais.

Começámos a ver um Governo (...), menos sensível aos sinais da população. Vimos os nossos decisores políticos em espetáculos, a repetir-se da mensagem de que não voltaríamos a confinar, de que fomos bons alunos, de que tudo já tinha passado. Percebemos que as pessoas desconsideraram em absoluto a situação pandémica. (...) Houve um relaxe completo. Das pessoas, dos decisores políticos (Tiago Correia cited in Barata, 2020).

Contudo, foi na terceira vaga que Portugal se tornou notícia pelos piores motivos, enchendo novamente os *templates* dos jornais internacionais, desta vez por apresentar indicadores sugestivos de um combate ineficaz à pandemia. A terceira vaga começou por evidenciar-se depois do Natal e estendeu-se até fevereiro, assumindo um pico de 16500 novos casos de infeção e 303 mortes diárias a 28 de janeiro. Com o decreto de um confinamento ‘parcial’ a 13 de janeiro, vemos que a estratégia de combate à pandemia perante esta nova vaga diferiu relativamente às estratégias implementadas nas vagas anteriores, possuindo exceções que dividiram a comunidade científica, como a continuação presencial das escolas e universidades e a venda ao postigo da restauração. As repercussões destas medidas nos números da pandemia mostraram não ser este o caminho mais assertivo para controlar a doença, pelo que acabou sendo decretado um confinamento geral dez dias depois, a 23 de janeiro.

Os dados sobre a mobilidade no território, sobretudo entre concelhos, têm vindo a ser utilizados para perceber a adesão dos portugueses às medidas de confinamento. Neste segundo confinamento geral, seguindo os dados da mobilidade declarados pelo PSE²⁸, os

²⁸ A PSE é uma empresa especialista em Data Science e Pesquisa Avançada que tem vindo a analisar a mobilidade dos portugueses durante os períodos de confinamento geral. Esta empresa de análise de dados distingue confinamento natural (percentagem de pessoas que por outras características intrínsecas optam por

portugueses aderiram muito menos às medidas implementadas que no anterior confinamento (Séneca, 2021), gerando controvérsias em torno da suposta “disciplina portuguesa” invocada por António Costa, assim como sobre o medo coletivo provocado pela doença Covid-19 que, desta forma, parece ter-se dissipado.

Neste sentido, torna-se crucial refletir sobre as razões que levam as pessoas a cumprir as medidas de confinamento e os comportamentos de proteção individual perante o novo coronavírus. Num momento de incerteza, onde cada um dos indivíduos necessita de agir de forma a integrar uma ação coletiva de prevenção e controlo de uma pandemia, percebemos a relevância de cada pessoa possuir competências individuais “to access, understand, appraise, and apply health information” (Sørensen *et al.*, 2012). A LS ressurgiu assim como uma peça crucial neste puzzle de variáveis e medidas para combater a pandemia, pelo que importa conferir-lhe o destaque necessário.

4.3.1 Plano de Intervenção da Literacia em Saúde para a Covid-19

Realçando as incertezas científicas relacionadas com o conhecimento produzido sobre a Covid-19, assim como a necessidade de transmitir à população indicações sobre que comportamentos, individuais e comunitários, são imprescindíveis, a DGS elaborou um Plano de Intervenção da Literacia em Saúde para a Covid-19 (DGS, 2020).

Segundo a DGS, o Plano de Intervenção da Literacia em Saúde para a Covid-19 em Portugal assenta em quatro eixos distintos: 1) Boas Práticas em Literacia em Saúde – visando a aplicação das melhores práticas que têm sido partilhadas, nomeadamente pela *OMS-European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of NCDs*, definindo as ferramentas que apoiem a implementação das orientações de forma adaptada a cada contexto; 2) *Health Literacy Intelligence* – apostando na análise do risco da população, examinando as principais questões, padrões de procura de informação e os canais de comunicação utilizados de forma a personalizar os formatos e os conteúdos de informação, numa tentativa de minimizar a disseminação de conteúdos sem base na melhor evidência científica, desatualizados ou de *fake news*; 3) Comunicação – apresentada como um eixo fulcral no combate à pandemia, fornecendo, assim, informações úteis capazes de influenciar, de forma positiva, o comportamento da população e evidenciando a necessidade de garantir confiança na informação prestada, assim como apostar numa estratégia comunicativa clara,

ficar em casa) de confinamento adicional (pessoas que possuem necessidades diárias de mobilidade, que devido ao confinamento e recolhimento obrigatório têm de ficar em casa).

transparente e rápida; 4) Mobilização Social – um eixo que visa a criação ‘microinfluenciadores’ de forma a que, permanentemente, nele se identifiquem incertezas, riscos e as principais preocupações da população. Pretende-se com isto evitar a desinformação e promover a clarificação de medidas e de conceitos neste contexto particular.

Neste relatório encontra-se elaborada uma estratégia interdisciplinar e multisectorial promovendo uma política de proximidade, “(...) adota uma abordagem multicanal em função do tipo de informação e da população a que se destina” (*ibidem*).

Durante a pandemia Covid-19, em Portugal, segundo o relatório em análise (DGS, 2020), as entidades competentes realizaram iniciativas conjuntas com a Google® e Facebook® (entre outros), para a disseminação de informações e recomendações, assim como com os principais canais de Televisão que, em *prime-time*, divulgaram informações consideradas essenciais, como medidas e comportamentos de prevenção, formas de atuação perante sintomas indicativos de Covid-19, entre outros. Uma técnica menos usual, apontada no mesmo relatório, é a colaboração com influenciadores digitais, que permitiram a segmentação da informação, por grupos etários e grupos populacionais, permitindo uma maior proximidade na transmissão da mensagem, assim como na customização da linguagem utilizada.

O presente relatório também configura dados recolhidos no REACT-COVID - Inquérito sobre Alimentação e Atividade Física em Contexto de Contenção Social (2020)²⁹. Nesse contexto, os números destacados indicam que: 78,8% dos inquiridos procuraram informações sobre cuidados de saúde; 94,4% conseguiram aceder a informação sobre a COVID-19 e 56,3% afirmam que nunca, ou poucas vezes, sentiram dificuldades em compreender informações de saúde sobre a COVID-19.

A análise do relatório não deixa de suscitar interrogações e questionar resultados que achamos carecerem de pormenorização. Nesse sentido, o relatório refere que cerca de 95% dos inquiridos conseguiram aceder a informações sobre a COVID-19, mas não possuímos dados sobre que tipo de informações, sobre a sua qualidade e veracidade, assim como sobre as fontes utilizadas (TV, Internet, Jornais, Relatórios Oficiais, entre outros). Importa ainda referir que, apesar de os inquiridos possuírem elevadas taxas de acesso à informação

²⁹ O Inquérito sobre Alimentação e Atividade Física em Contexto de Contenção Social teve como objetivo conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física em contexto de contenção social para combate à pandemia da COVID-19.

“COVID-19” e “outros assuntos de saúde”, a percentagem é muito mais reduzida quando analisamos os que tiveram acesso às orientações produzidas pela DGS sobre a “alimentação” ou “sobre a atividade física”, mostrando assim que há a possibilidade de os inquiridos terem acesso a diversas fontes de informação, mas nem todas serem consideradas fontes oficiais.

Apesar de atentarmos no pouco tempo que as entidades competentes tiveram para a elaboração deste documento, assim como toda a incerteza que ainda paira sobre este assunto, achamos que o relatório em questão poderia ter ido mais longe, ser mais claro, minucioso e desenvolvendo uma análise da LS durante a pandemia COVID-19 mais robusta. Refira-se, no entanto, que o Plano de Intervenção de Literacia em Saúde para Covid-19 em Portugal é o único relatório realizado pela Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar da DGS passível de constar neste trabalho.

4.4 Comunicação de Risco e a LS

Perante uma crise ou uma emergência de saúde pública, é fundamental que a população saiba o risco a que está exposta, esteja a par das consequências dos comportamentos que assume, assim como as medidas que deve acatar de modo a proteger a saúde individual e coletiva (WHO, 2018). A Comunicação de Risco (CR) surge assim como como:

[...] parte integrante de qualquer resposta a emergências e consiste na troca de informação, aconselhamento e pareceres em tempo real entre peritos, líderes comunitários ou oficiais e as pessoas que se encontram em risco, sendo parte integrante de qualquer resposta de emergência (OMS, 2018: ix)

Numa pandemia, como a provocada pelo SARS-CoV-2, os modelos de CR têm como principal objetivo instruir a população sobre: medidas de prevenção, os principais sintomas do coronavírus e as formas de tratamento da doença (Prior, 2020). A CR olha para os cidadãos como agentes colaboradores, desejando aumentar o seu conhecimento e compreensão, incrementar a confiança e a credibilidade nos governantes e nas políticas que adotam adotadas, tento também como objetivo prevenir e solucionar situações de conflito (*ibidem*). Pretende-se que esta forma de comunicação seja “rápida, incisiva, com efeitos imediatos” (Espanha, 2020), de forma a alterar comportamentos.

[...] durante as epidemias, pandemias, crises humanitárias e catástrofes naturais, uma comunicação eficaz dos riscos permite às pessoas que se encontram em maior perigo compreenderem e adotarem comportamentos de proteção. Permite às autoridades e aos peritos auscultarem as populações e responderem às suas preocupações e necessidades, para que o seu aconselhamento seja relevante, confiável e aceitável (OMS, 2018:1)

Contudo, para além da forma como as informações são comunicadas, o trabalho de quem organiza a comunicação não prescinde de uma reflexão sobre como a informação será recebida. Rita Espanha (2020) realça que durante uma pandemia os cidadãos possuem inúmeros sentimentos, como medo, frustração, revolta, entre outros, os quais que entram em conflito com a necessidade de processar a informação de risco que recebem. Alicerçando-se em Kickbusch e Sakellarides (2006), a autora refere que medidas de Promoção da Saúde são um elemento essencial na capacitação dos cidadãos, de forma a que estes consigam lidar com uma pandemia global, sendo necessário uma articulação entre “conhecimento, valores e inovação” (Kickbusch e Sakellarides *cited in* Espanha, 2020). Sendo o fator humano uma variável crítica para o controlo de qualquer pandemia, é necessário entender não só o vírus e a sua forma de propagação, mas também “as cidades (e as vilas) e como elas funcionam, as organizações e como operam, as comunidades humanas e como elas se relacionam, os indivíduos e como cada um faz as suas escolhas” (Espanha, 2020).

Durante a pandemia Covid-19, as autoridades políticas portuguesas, à semelhança das autoridades mundiais, tentaram influenciar os comportamentos dos cidadãos, inicialmente através do incentivo a medidas de autoproteção, mas acabando por impor restrições legais. Como visto anteriormente, na história da pandemia em Portugal, o primeiro confinamento comportou resultados extraordinários, tendo a população aderido de forma exemplar ao confinamento obrigatório. Contudo, é nas fases de “desconfinamento” que a reposta da população às autoridades de saúde se evidenciou mais fraca e ineficaz (Espanha, 2020)(Matterne *et al.*, 2021). Entendemos assim que nos períodos de desconfinamento, quando a perceção de risco individual é menor e os sentimentos de medo e frustração se encontram mais dissipados, uma grande parte da população não responde positivamente às recomendações veiculadas.

Perante esta situação de fraca adesão às medidas consideradas necessárias, principalmente nos períodos de desconfinamento, estes indivíduos (supostos recetores da CR) podem ser erradamente considerados “irresponsáveis e egoístas”, como refere Rita Espanha (2020), que por sua vez os considera também “pouco racionais. Esta falta de racionalidade , no nosso entender, corresponde aos baixos índices de LS, os quais se

refletem, aliás, na falta de “*knowledge, motivation and competences (...) in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare [being ill], disease prevention [being at risk] and health promotion [staying healthy]*” (Sørensen *et al.*, 2012: 3) levando esta camada populacional a não aderir, ou até menosprezar as medidas recomendadas.

When restrictions are gradually lifted, the role of individual level HL increases in order to prevent the resumption of these restriction, should infection numbers surge again (Matterne *et al.*, 2021: 224)

Portanto, durante uma pandemia, não basta esperar que a população adeque os seus comportamentos às políticas e dispositivos legais implementados, é necessário também que se implementem estratégias de monitorização, durante o período de crise, dos níveis de LS dos cidadãos na sua relação com o evento aqui estudado: “The development of health literacy is even more topical than ever to prepare individuals for situations that require rapid reaction” (Paakkari & Okan, 2020: 249)

A LS demonstra, assim, assumir um papel importantíssimo no contexto da pandemia: perante as fases de desconfinamento e de reorganização da vida social; quando é pedida a adesão a medidas preventivas de forma voluntária; em casos individuais de contaminação, tendo os indivíduos de ser capazes de procurar ajuda médica/ser testados sem pôr em risco a saúde de outrem (Matterne *et al.*, 2021); para a compreensão, adesão e acesso à CR (Espanha, 2020). Numa perspetiva futura, níveis suficientes de LS, serão igualmente relevante (se não mais) para que aqueles que foram contaminadas por Covid-19 consigam procurar ajuda médica, de forma a mitigar problemas quer físicos quer psicológicos consequentes desta doença (Matterne *et al.*, 2021). Assim, para que a CR seja eficaz não basta a informação seja disponibilizada, tendo também de ser entendida, aceite e aplicada pela população.

Segundo Van den Broucke (2020), de forma a haver uma comunicação competente, as autoridades de saúde devem adaptar a informação sobre a COVID-19 aos níveis de literacia e particularmente ao nível de LS da população que pretendem atingir, tendo especial atenção para com os grupos mais vulneráveis, como os idosos, migrantes e pessoas com alguma deficiência/doença (idem), não esquecendo aqueles que não pertencendo a nenhum dos grupos anteriormente referidos demonstram ter níveis de LS mais baixos. É proposto que a pandemia seja observada através de “equity lens” (Espanha, 2020), sendo a equidade

e justiça sociais linhas orientadoras das respostas mesma implementar neste contexto (Van den Broucke, 2020).

Olhando para os níveis de LS da população portuguesa, e segundo os estudos mais recentes, cerca de 61% da população possui um nível de LS inadequado ou problemático, 30% possui um nível de LS suficiente e 8,4% excelente (Pedro *et al.*, 2016). Segundo Rita Espanha (2020), perante a análise destes dados estatísticos, torna-se crucial analisar o índice Promoção de Saúde já que “podemos incluir a comunicação e a informação no âmbito da comunicação de risco para a saúde pública.” No estudo de Pedro *et al.* (2016), o índice Promoção da Saúde demonstra que 60,2% da população inquirida possuía um nível Inadequado ou Problemático, ficando afastado dos 52,1% da média dos países europeus, demonstrando uma maior dificuldade pela população portuguesa em compreender a informação de risco para a saúde pública. Assim, é importante refletir sobre a possibilidade de indivíduos que possuam elevados níveis de LS geral terem afinal, uma baixa perceção “da complexidade envolvida nos processos de análise e decodificação da informação sobre saúde que circula nas sociedades atuais, em múltiplos suportes e produzida por diversas fontes” (Espanha, 2020), agravando e complexificando a CR necessária.

se por um lado nunca tanta informação esteve disponível para a maior parte dos cidadãos, em particular em Portugal, a partir de diversas fontes e dispositivos, também parece claro, por outro lado, que não existem em Portugal níveis de literacia em saúde suficientes para que essa informação seja útil no âmbito da comunicação de risco, ou seja, para que essa informação seja capaz de produzir, de facto, alterações comportamentais que se traduzam numa efetiva diminuição dos riscos em saúde pública (Espanha, 2020: 2).

De forma a fazer face a esta dificuldade de aliar eficazmente as medidas de combate ao novo coronavírus por parte de quem tem baixos índices de LS Okan *e colegas* (2020) recomendam que: a informação deve ser difundida de forma clara, reconhecendo que grupos com menores níveis de LS necessitam de mais explicações ou de formatos alternativos de comunicação (animações, vídeos ilustrativos, entre outros); explicar a situação de forma clara e transparente, repetindo os objetivos principais, de forma a preparar as pessoas para o facto de as intervenções e recomendações poderem mudar quando novas evidências científicas aparecerem ou os cenários tiverem de ser reajustados; comunicar novas evidências e informações sem ter receio de corrigir mensagens e informações fornecidas anteriormente; evitar a culpabilização, reforçando a responsabilidade bem informada do individuo enquanto mostra solidariedade para com os grupos vulneráveis da população.

4.4.1 Comunicação de Risco em Portugal

Em “Princípios orientadores para comunicação de risco e crise baseados na perceção de risco – Doença Respiratória Aguda por 2019-nCoV” a DGS elabora um documento de apoio à comunicação em situações de crise, especificamente tendo em conta a pandemia de 2019, onde reúne um primeiro capítulo informação sobre a avaliação de risco e num segundo o que se encontra explicitado como checklist: Comunicação de Risco para o Novo Coronavírus (2019-nCov) dividido, numa primeira instância, em dois níveis: Nacional e Regional/Local, sendo subdivididos ainda em: Planeamento e Início de Comunicação. O presente relatório acaba no Anexo II, com “Princípios Básicos da Comunicação de Risco em Contexto de Crise”, realçando estratégias comunicacionais como: transmitir informação coerente com a realidade, reconhecer a incerteza, dar orientações antecipadas, tentar aliviar o pânico, comunicar de forma simples, entre outros, reconhecendo ainda a situação de risco como uma “oportunidade para promover a literacia em saúde” (DGS, 2020c).

No dia 9 de novembro de 2020, o jornal Público publicava um artigo intitulado “Precisa-se de quem saiba falar de covid-19. Entrada imediata” (Barata, 2020), dando conta da insatisfação e do impacto ineficaz da CR em Portugal. No presente artigo, foram apontadas várias falhas referentes à comunicação com os cidadãos, designadamente a falta de estratégias para a consciencialização da população e a associação da diretora da DGS à política que levou à falta de confiança da população portuguesa, que promoveu uma comunicação muito baseada nos números, abstrata, e que, nas palavras de José Manuel Mendes, “é basicamente transmissão de informação para a comunicação social, e controlo da narrativa”. Além disso, neste contexto, o excesso de informação e de locutores oficiais e não oficiais criaram um campo de comunicação “cacofónico” sobre o assunto mais importante da atualidade.

Segundo Espanha (2020) e Prior (2020), a Comunicação de Risco em Portugal, no contexto da pandemia, tem apresentado inúmeros erros, começando por ser bastante irregular e pouco tranquilizadora. É ainda marcada por uma comunicação excessivamente “errática (...) incoerente (...) pouco clara (...) insuficiente no que importa (...) demasiada no que não importa (...) ao sabor das crises e fluxos de informação dos próprios meios de comunicação, nacionais e internacionais” (Espanha, 2020). Como exemplo, declarações políticas erradas afirmaram que havia poucas probabilidades deste novo vírus chegar a Portugal, posteriormente poderíamos vir a ter, no pior dos casos, um milhão de pessoas infetadas, sem esquecer a as múltiplas discussões, contraditórias, sobre o uso de máscaras defendido pelos

médicos e virologistas (Prior, 2020). Todas estas formas de comunicar vão contra as próprias diretrizes elaboradas pela DGS (2020) no artigo apresentado acima.

Perante este cenário inicial de contradições, a população portuguesa não possuía orientações concretas, nem exemplos sobre como se comportar perante esta pandemia. Geraram-se, assim, sentimentos de confusão, levando ao aumento das dúvidas ao invés do esclarecimento (Prior, 2020), tendo-se perdido oportunidades valiosas para a promoção de comportamentos e incremento da LS.

una buena estrategia de comunicación no reemplaza una mala estrategia sanitaria, pero una mala comunicación puede hacer fracasar una buena estrategia sanitaria (Lupin, 2011 cited in Prior, 2020:11)

Apesar da comunicação controversa, de forma a fazer face à pandemia e a informar a população, várias ações foram produzidas em Portugal. A DGS produziu, assim, relatórios diários da situação epidemiológica, criou o registo das conferências de imprensa diárias, ativou um canal telefónico de atendimento e esclarecimento ao público, concebeu conteúdo para as redes sociais e a web, criando o site <https://covid19.min-saude.pt/>, com diversos materiais para comunicação e sensibilização nas escolas, aeroportos, unidades de saúde, entre outros. Ações de sensibilização televisiva e de rádio, com slogans como “seja um agente de saúde pública” ou “o vírus não tem idade”, foram referidos por diversas figuras públicas portuguesas tentando alcançar uma camada populacional com menor acesso e a outros recursos tecnológicos. Por último, queremos realçar o importante papel que a DGS desempenha perante a quantidade, qualidade e veracidade de informação que são produzidas sobre a Covid-19, tendo tido um papel fundamental no combate às *fake news*.

4.5 “Infodemic”

“O medo é um vírus e a vacina é a informação” (Roberto Burioni as cited in Fernandes, 2020)

A era digital em que nos encontramos, veio revolucionar os campos privados e de interação coletiva, quer entre indivíduos, quer entre estes e demais instituições do Estado. Se antes da pandemia a tecnologia já se encontrava amplamente presente na nossa vida, nos simples atos quotidianos, com presença da Covid-19 no mundo e a imperativo de isolamento, a tecnologia passou também a assumir presença mais regular nas nossas vidas. A reestruturação do modelo profissional para o teletrabalho, a reestruturação do ensino

presencial para o ensino virtual, a necessidade de mudar os hábitos de socialização para conversas e encontros virtuais, entre outros, levaram a uma maior exposição de cada indivíduo ao mundo digital durante a pandemia. Se por um lado a posse destas ferramentas permitiu que as práticas de isolamento e de confinamentos fossem encaradas mais facilmente, por outro, a tecnologia e os média criaram desafios e preocupações, que até então não se encontravam correlacionadas com a esfera da saúde.

Efetivamente, além de uma crise de saúde pública, a pandemia veio alçar um grave problema no mundo da informação e da tecnologia, designado por ‘*infodemic*’ ou infodemia. O conceito de infodemia foi definido como o “Excesso de informação sobre determinado tema, por vezes incorreta e produzida por fontes não verificadas ou pouco fiáveis, que se propaga rapidamente (ex.: infodemia de notícias falsas nas redes sociais)” (Priberam). Tal levou o Diretor Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, a referir que “*We’re not just fighting an epidemic; we’re fighting an infodemic*” (Zarocostas, 2020).

Este tsunami de informação que se propagou pelos meios de comunicação, desde a imprensa escrita, os canais de informação televisiva às redes sociais, levou à criação de milhões de vídeos, imagens e textos relacionados com a Covid-19, sendo que demasiada informação pode causar confusão nos seus recetores (Van den Broucke, 2020). Perante este cenário, o desafio recai sobre a veracidade destas informações, registando-se um aumento da desinformação e da *misinformation*, que dão origem às *Fake News*. Para Alexis Wojtowicz (2020), enquanto *misinformation* se refere a informação que não é intencionalmente falsa, a desinformação compreende informação falsa que é divulgada com alguma intenção (política, reputacional ou financeira), fazendo parte de uma ‘campanha’ ou narrativa, usualmente com um tema central plausível, onde é acumulada informação falsa, ou informação retirada do seu contexto original.

Podendo ter um carácter propositadamente falso ou não, as *fake news* são difundidas de forma muito rápida, sendo o agente de divulgação qualquer um dos indivíduos que possuem contacto com estas,

*We spread it- ‘we’ are being ‘everybody who participates in information spaces.’
And we, as humans, are particularly vulnerable to spreading misinformation
during crises events like pandemics, due to the uncertainty of the information
space (Wojtowicz, 2020:2)*

A Covid-19 foi considerada um fenómeno perfeito no contexto da *infomedic*. A velocidade da evolução pandémica veio criar uma pressão científica para estabelecimento

de factos, que muitas vezes não conseguem acompanhar esta urgência (Wojtowicz, 2020). Esta necessidade leva a que os cientistas publiquem pré-publicações, onde os resultados presentes na promulgação final diferem daquela anteriormente divulgada; pré-publicações que podem ser usadas por jornalistas e outros profissionais de comunicação (principalmente aqueles que valorizam mais a questão monetária que a qualidade de informação) e que, por vezes, demonstram não perceber “*the difference between new findings and established published product*” (Wojtowicz, 2020).

Apesar de todos podermos ser agentes ativos na divulgação de *fake news*, interessa perceber quem são as pessoas mais propensas a serem afetadas por esta. Ainda segundo Alexis Wojtowicz (2020), pessoas com mais de 65 anos possuem sete vezes mais probabilidade de acreditar e divulgar *fake news* (relacionada com a Covid-19) quando comparado com jovens adultos dos 18 aos 29 anos. Com efeito a população mais idosa demonstra ser um grupo mais vulnerável a possuir menores níveis de LS, podendo este ser um critério que leva a uma maior propensão para acreditar e divulgar *fake news* relativamente à pandemia.

De forma a confrontar esta tendência, torna-se crucial possuir níveis satisfatórios de LS, ou seja, que nos permitam diferenciar as informações com que somos ‘bombardeados’ diariamente, de forma a “*resist the infodemic and to allow individuals to trust and act upon reliable information, recommendations, and advice.*” (Sentell, Vamos e Okan, 2020: 2). Segundo o estudo de Jones-Jang e colegas (2021), analisar a Literacia das audiências é uma das principais formas de combate às *fake news*, encontrando-se no mesmo patamar de importância que os Algoritmos Digitais ou Esforço de Correlação de Crowdsourcing. Segundo os autores, intervenções nas audiências no âmbito da literacia devem ser praticadas para melhorar as capacidades cognitivas e assim discernir factos de histórias falsas. Acrescentam ainda que a capacidade de os indivíduos ‘navegarem’ nos média e encontrarem informação verdadeira e de confiança encontra-se significativamente correlacionado com a capacidade de identificar *fake news* e que estas demonstram ter uma divulgação acelerada entre a audiência com menos anos de escolaridade.

[...] the information received and transmitted requires prior critical analysis of its content, although not everyone makes the necessary judgment before sharing it, partly due to the easiness of spreading news (...) and also due to the lack of adequate health literacy (Cangussú et al., 2020: 30)

As *fake news* comportam desafios reais neste período de pandemia, sobretudo para as entidades de saúde. Longe de serem inofensivas, alguns estudos apontam que nos

primeiros meses de 2020 pelo menos 800 pessoas morreram devido a *misinformation* sobre Covid-19 e que 5800 necessitaram de ajuda hospitalar devido à toma incorreta de medicamentos e ingestão de substâncias como produtos de limpeza (Gascueña, 2020). As redes sociais atuam como plataformas que permitem otimizar o alcance das *fake news*, levando a que perfis do Facebook, responsáveis pela disseminação destas notícias pré-pandemia, alcançassem múltiplas vezes mais visualizações do que as principais páginas de instituições de saúde (idem). Priorizam-se, assim, conteúdos que provêm um consumo fácil da informação em vez de ser priorizada a qualidade e veracidade da mesma.

“The only certainty has come from those very people who are misinformed” (Rocío Benavente cited in Gascueña, 2020)

Numa tentativa de controlar informações falsas a OMS, assim como as autoridades de saúde portuguesas, tentaram encontrar formas de combater esta desinformação. Apesar de ser um trabalho incrivelmente difícil já que *“with social media is that this phenomenon is amplified, it goes faster and further, like the viruses that travel with people and go faster and further”* (Zarocostas, 2020), as autoridades de saúde internacionais e nacionais criaram ferramentas, aliando-se às principais redes sociais como o Facebook, Twitter, Instagram entre outras, de forma a conseguir localizar desinformação sobre a Covid-19 e a combater-la com evidências científicas. Além do combate direto às *fake news*, a OMS, assim como as autoridades de saúde nacionais, criaram ainda espaços específicos com diversas informações, cientificamente comprovadas, relativamente à Covid-19. De entre as várias páginas, encontramos uma que se intitula Mythbusters³⁰ e que pretende ser um repositório das principais *fake news* formuladas perante a Covid-19.

É, portanto, crucial a capacitação e desenvolvimento de competências de literacia, entre outras, de forma que os indivíduos consigam readaptar-se as constantes alterações que se dão na esfera tecnológica. Perante a pandemia provocada pela Covid-19, esta necessidade demonstrou a urgência de melhor capacitar todos os cidadãos para a identificação de *fake news*, e para o uso crítico, correto e seguro dos média de forma a serem pessoas informadas e capazes de responder aos principais desafios de saúde do momento.

³⁰ Atuando como repositório, e forma de combater as notícias falsas com evidências científicas, a OMS criou a página <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>, onde os utilizadores das diversas plataformas e websites atuam reportando as *fake news* a que são expostos.

[...] media literacy intervention can heighten criticism by increasing knowledge about the media and the effects of the media, as well as that ability to distinguish the realism of the media representation from reality (Jones-Jang et al., 2021:373)

4.6 O que aprendemos com a Covid-19?

A pandemia provocada pelo vírus SARS-Cov-2 veio destabilizar toda a ordem internacional provocando o caos social, político e económico (Cangussú *et al.*, 2020). Os sistemas de saúde mostraram as suas fragilidades e debilidades na resposta às diferentes vagas da pandemia, reforçando a urgência de um maior investimento na saúde, quer em infraestruturas, quer em recursos humanos. A comunicação de risco internacional e nacional, foi feita de forma desordenada e dispersa tornando-se confusa e pouco eficiente (Espanha, 2020). As fake *news* e a desinformação relacionadas com a doença Covid-19 encheram as diversas plataformas de comunicação, espalhando mensagens negacionistas e de descrédito da doença, acrescentando trabalho para combater a *infodemic*. A população mundial demonstrou estar pouco preparada para responder de forma eficiente e concisa a um problema de saúde público e os baixos índices de LS da população europeia (Pedro *et al.*, 2016) foram expostos, demonstrando dificuldades generalizadas na adoção de medidas preventivas, no entendimento científico da doença, nos comportamentos corretos a adotar e no acesso a informação fidedigna, dificuldades que se têm vindo a agravar com a fadiga pandémica³¹.

In a time like this of the COVID-19 pandemic, full of uncertainties, in which information is constantly changing and a rapid behaviour change by the world population is required to reduce the risks of infection and spread of this disease, presenting an adequate level of health literacy has never been more important (Paakkari & Okan, 2020: 32)

É importante recordar que esta pandemia não foi a primeira enfrentada no mundo e que nos últimos anos se têm registado epidemias como o surto de Ébola³² na região da África Ocidental. Com muitas características diferentes quando comparado com o SARS-CoV-2,

³¹ Segundo a OMS, entende-se por fadiga pandémica “demotivation to follow recommended protective behaviours, emerging gradually over time and affected by a number of emotions, experiences and perceptions” (Psicólogos, 2020). Em 2021 de 60% da população sofria deste cansaço da pandemia, o que faz aumentar sentimentos de confusão, baixa perceção do risco, dificuldades em lidar com a desinformação (ibidem).

³² O vírus Ébola (EVD) é uma doença grave, muitas vezes fatal, que afeta os seres humanos e outros primatas. Este vírus é transmitido por animais selvagens aos humanos sendo o contágio entre humanos feito por contacto direto de sangue, secreções, fluídos corporais, entre outros. Os surtos registados entre 2014 e 2016 ocorreram na África Ocidental em aldeias remotas, perto de florestas tropicais, e provocou mais mortos (mais de 10 000) do que qualquer outro surto registado desde que o vírus foi descoberto (1976). Em 2021 novos surtos foram registados na República Democrática do Congo e na Guiné-Bissau (WHO, 2021).

este surto explicitou quais as principais fragilidades sentidas em controlar e atenuar uma epidemia. Na quase visionária TED Talk³³ dada por Bill Gates (2015), este alertava para as falhas no combate ao ébola, referindo que, ao contrário do surto de 2014, “we can have a virus where people feel well enough while they’re infectious, that they get on a plane or they go to a market” (Gates, 2015, min:4:22).

No final da sua Ted Talk, Bill Gates enuncia cinco passos para o mundo se preparar para uma próxima pandemia: 1) Fortes sistemas de saúde em todos os países; 2) Uma reserva de médicos prontos a atuar; 3) Fazer uso das capacidades logísticas e organizativas militares; 4) Realizar simulações para descobrir as falhas “*Germ Games*” e 5) Investir na pesquisa e no Desenvolvimento. Não obstante, também ele se esqueceu da proeminência do papel de todos os indivíduos como agentes ativos no combate a epidemias/pandemias e situações de calamidade, sendo crucial aumentar os níveis de LS de toda a população de forma que esta seja capaz de responder a períodos de crise.

A LS demonstrou o seu papel crucial nesta pandemia, contribuindo para boa ‘agente de saúde pública’, conceito que não deve ficar circunscrito à situação pandémica. Além de combatermos a pandemia Covid-19, é imperativo que a ‘epidemia dos baixos índices de LS’ (Cangussú *et al.*, 2020) seja debatida e vista com a mesma seriedade e preocupação. É imprescindível capacitar todos os cidadãos, de forma a estes serem capazes de aceder, entender, avaliar e aplicar as informações de saúde nas suas decisões diárias com o objetivo de promover e manter uma boa qualidade de vida durante todo o decurso da mesma (Sørensen *et al.*, 2012), assim como para um controlo, combate e recuperação de situações de calamidade de forma infalível e com as menores perdas humanas possíveis.

³³ Segundo a fundação Sapling (Organização Sem Fins Lucrativos) uma Ted Talk é um círculo de conferências realizadas na Europa, Ásia e América que pretende disseminar “ideias que merecem ser disseminadas”.

5. Metodologia

Como teoricamente justificado neste trabalho, a Literacia em Saúde é um conceito em constante redefinição. Considerando que a a pandemia Covid-19 é um fenómeno recente, justificam-se as escassas análises sobre a relação entre estas duas realidades, assim como a necessidade de explorar a relação entre estes dois conceitos.

Tendo esta dissertação como principal objetivo perceber como os diferente níveis de LS influenciam o comportamento dos indivíduos, que integram a nossa amostra no contexto da pandemia SARS-Cov-2, faremos recair a nossa análise empírica sobre esta relação. É, assim, objetivo deste trabalho analisar os comportamentos (variável dependente) adotados pelos indivíduos no contexto da pandemia percebendo a influência dos diferentes níveis de LS da população (variável independente). Este estudo incide numa amostra da população residente na região industrial do Vale de São Torcato³⁴. A área do Vale de São Torcato foi escolhida para este estudo, pelo conhecimento e familiarização com o espaço geográfico e a população, o que facilitou a recolha de dados.

O Inquérito por Questionário demonstra ser a técnica mais adequada para a nossa pesquisa já que permite estudar grandes universos populacionais de forma a obter informação estandardizada e extensiva sobre características e práticas dos indivíduos, permitindo a realização de comparações em grande escala e de generalizações. A informação recolhida permitirá, para além das comparações e generalizações já mencionadas, observar relações entre variáveis, explicar os determinantes dos comportamentos e avaliar o peso dos fatores sociais presentes (Ferreira, 1986). Admitindo que a construção de um Inquérito por Questionário é uma tarefa de difícil realização, sem erros, seguiremos os pressupostos identificados por Virgínia Ferreira (1986); (1) definição com precisão do tópico de pesquisa, por parte do investigador; (2) garantir que os inquiridos possuam a informação procurada; (3) os inquiridos são livres de facultar essa informação, ou não; (4) formulação de perguntas de forma a que estas não sejam possíveis de mal interpretações pelos inquiridos; (5) imposição de sentidos por parte do investigador; (6) a pesquisa efetuada não deve

³⁴ O Vale de São Torcato é constituído pelas freguesias de Aldão, Atães, Gonça, Gominhães, Selho S. Lourenço, S. Torcato e Rendufe, pertencentes ao concelho de Guimarães. Em conjunto todas as freguesias possuem cerca de 10 634 habitantes por 35,13 km². Sendo uma região demarcada pelos baixos graus de instrução formal, a “escolaridade obrigatória é considerada como um fim em si e não um meio para a obtenção de níveis de qualificação mais elevados” (AEVST, 2018), sendo considerado desde 1996 pelo Despacho 147-B/ME/96, como um Território Educativo de Intervenção Prioritária (TEIP). O setor de atividade predominante no território em estudo, é o setor secundário que ocupa a grande maioria da população ativa, nomeadamente na indústria têxtil, vestuário, calçado, cutelarias e construção civil), havendo ainda a ocupação da população mais idosa pelo setor primário.

influenciar as respostas fornecidas pelo investigador; (7) o processo de resposta às perguntas não interfere com as opiniões ou crenças dos inquiridos; (8) todas as respostas dos inquiridos são equivalente e comparáveis entre si.

Escolhemos realizar um estudo quantitativo que compreende um método descritivo e correlacional (Fortin 1999) permitindo-nos realizar uma descrição dos dados relativos às variáveis em estudo e analisar as relações entre estas. Assumimos como variáveis (independentes) em estudo: Idade, Género, Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar e o Nível de Escolaridade, quando estudadas em relação à LS (variável dependente) defendendo que estas detêm um papel relevante na forma como o problema em análise tem sido enfrentado. Adicionalmente pretendemos perceber como as variáveis em estudo influenciam o nível de literacia de um indivíduo e como, o nível de LS, potencia ou limita a sua percepção e resposta às questões relacionadas com a saúde e o bem-estar durante a pandemia COVID-19. Neste contexto, torna-se ainda indispensável avaliar os meios de prevenção e de combate à pandemia – por exemplo, a capacidade de adotar os comportamentos e normas recomendadas pelas diversas entidades de saúde, etc – , a compreensão de conceitos científicos pertinentes, a capacidade de uso e de acesso das tecnologias de forma a conseguir obter e identificar informação que seja verossímil e pertinente no âmbito do contexto sanitário a que reporta esta análise.

Partindo deste objetivo central, desenham-se os seguintes objetivos específicos:

- i. Analisar a relação entre o nível de LS e o conhecimento detido pelos cidadãos sobre a doença COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2;
- ii. Estudar a correlação entre os anos de escolarização e os níveis de LS;
- iii. Estudar como o Uso/Acesso a tecnologias de informação é influenciado pelo nível de LS;
- iv. Examinar como as variáveis Género, Idade e Rendimento influenciam o nível de LS;
- v. Examinar como a Literacia em Saúde influencia a adoção de comportamentos preventivos a título individual/coletivo, assim como o cumprimento das regras durante quarentena;
- vi. Averiguar como evoluem os comportamentos, perante a pandemia, ao longo do tempo (relaxamento/ descrédito das medidas);

- vii. Estudar as fontes de informação, que permitem o acesso a informações relevantes sobre o Covid-19, mais utilizadas por cada grupo dos diferentes níveis de LS;
- viii. Averiguar qual a capacidade dos indivíduos de acederem/entenderem/interpretarem/ aplicarem a informação disponível sobre a COVID-19;

Em suma, esta análise pretende aferir a importância das capacidades relacionadas com a Literacia em Saúde no âmbito do combate individual e coletivo à pandemia Covid-19. Adicionalmente perceber-se-á como estas capacidades podem funcionar como agentes promotores da qualidade de vida e de bem-estar nos momentos de saúde e nos momentos de doença. Partindo do conhecimento teórico sobre a LS e da Covid-19 enunciaram-se algumas hipóteses orientadoras de pesquisa:

- i. Os comportamentos dos indivíduos diferem consoante o seu nível de LS, sendo que quanto maior o nível de LS, mais ajustados serão os comportamentos individuais face à doença.
- ii. Quanto mais elevado for o nível de LS de um indivíduo, maior será o seu conhecimento e procura de aspetos científico sobre a doença COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2;
- iii. O nível de escolaridade têm uma correlação positiva com LS;
- iv. O nível de Rendimento tem uma correlação positiva com LS;
- v. O Uso/ Acesso Tecnológico tem uma correlação positiva com LS;
- vi. A Idade possui uma correlação evolutiva negativa com LS, ou seja, quanto mais velho for um indivíduo, menor a sua LS.
- vii. Os Géneros feminino e masculino possuem diferentes relações com a LS;
- viii. Quando mais elevado for o nível de LS de um indivíduo, maior será a probabilidade deste seguir as orientações, relacionadas com a pandemia COVID-19, durante qualquer fase da pandemia;
- ix. Quando mais elevado for o nível de LS de um indivíduo, maior será o seu acesso e uso de informações de fontes ‘oficiais’;

- x. Quanto maior for o nível de LS de um indivíduo, maior a facilidade no acesso/ entendimento/ interpretação/ aplicação da informação disponível sobre a COVID-19.
- xi. Quanto menor o nível de LS de um indivíduo, maior dificuldade este terá numa, ou em todas as dimensões de acesso/ entendimento/ interpretação/ aplicação da informação disponível sobre a COVID-19.

A amostragem probabilística de qualquer estudo pretende ser a seleção sociodemográfica de um grupo representativo da população, onde todos os elementos partilhem características em comum e onde todos, no âmbito da população, possuam a mesma oportunidade de vir a participar no estudo. Na amostragem não probabilística a seleção dos indivíduos para estudo não apresenta, conseqüentemente, a mesma probabilidade para ingressar na amostra, pelo que pode não ser representativa da população, o que tem implicações na generalização dos resultados que se obtêm. Este tipo de amostragem não probabilística é muito utilizado dado que é difícil aceder a toda a população (Fortin, 2009).

Nesta dissertação optou-se por aplicar o método da amostragem não probabilística por conveniência³⁵, considerando como critérios de inclusão da população na amostra idade \geq a 16 anos e responder ao questionário por autopreenchimento e voluntariamente; e por critérios de exclusão considerou-se a população não residente nas freguesias de Aldão, Atães, Gonça, Gominhães, Selho S. Lourenço, S. Torcato e Rendufe. O início da recolha dos dados começou a 1 de março de 2021 e durou até 29 de março. O inquérito por questionário foi aplicado online através da plataforma *Google Forms*, tendo sido divulgado na rede social Facebook, foi ainda sujeito a preenchimento em papel na Unidade de Saúde Familiar (USF) de São Torcato. Foi aplicado um total de 235 inquéritos, dos quais resultaram 226 inquéritos aptos para análise. A recolha de dados online demonstrou ser a opção mais viável durante o período de confinamento obrigatório.

Dividiu-se o inquérito por questionário em quatro Grupos: o Grupo I pretende a averiguação do nível de LS de cada indivíduo, através da aplicação do HLS-EU-Q16 (*Health Literacy Survey- European Union- Q16*); o Grupo II pretende avaliar comportamentos

³⁵ Uma amostra não probabilística por conveniência, pretende selecionar um conjunto da população que esteja acessível e disponíveis para responder ao questionário num determinado período temporal, não sendo estes indivíduos selecionados por nenhum processo estatístico. Este tipo de amostragem tem como consequência a incapacidade de extrapolar os resultados e informações recolhidos para a população geral.

relativos à covid-19; o Grupo III pretende estudar a variável uso/ acesso tecnológico relativamente às informações do âmbito Covid-19; O Grupo IV compreende o levantamento de dados Sociodemográficos dos inquiridos.

Para a elaboração do Grupo I deste questionário, seguimos a formulação do HLS-EU-Q16. Utilizando a matriz presente na Figura 2 (página 15), formulada por Sørensen *et al* (2012), vemos que cada célula corresponde a uma subdimensão teórica relevante para a medição geral da Literacia em Saúde, criando o questionário HLS-EU-Q47 (questionário com 47 itens). Apesar deste questionário mostrar resultados fiéis na averiguação dos diferentes níveis de LS da população, sendo utilizado em estudos nacionais, demonstra ser um questionário de difícil aplicação pela sua extensão. Assim, atenta a esta desvantagem, foi produzida uma versão reduzida do HLS-EU-Q47, o HLS-EU-Q16, com apenas 16 itens de resposta.

Como resposta foi pedido aos inquiridos que classificassem, numa escala de *Likert*, com muito difícil, difícil, fácil e muito fácil, incluindo não sei/não respondo, cada tarefa implicada na análise, de forma a medir, por autoperceção, as capacidades de resposta. Estes níveis possuem uma pontuação relacionada sendo que “muito difícil” e “difícil” correspondem a 0, “fácil” e “muito fácil” correspondem a 1. Da soma destes valores, surge, uma pontuação de 0-16, cujos níveis de LS se encontram descritos na Figura 7.

Tabela 1: Escala de classificação dos níveis de LS

Nível de Literacia	Pontuação
LS Inadequado	0 a (=) 8 pontos
LS Problemático	9 a (=) 12 pontos
LS Suficiente	13 a (=) 16 pontos

O Grupo I “Literacia em Saúde- HLS-EU-Q16” do inquérito por questionário, pretende averiguar o nível de LS Geral por autoperceção, permitindo comparar as diferentes dimensões, possibilitando a reflexão sobre as diferenças nos subíndices “Cuidados de Saúde, Prevenção de Doenças e a Promoção da Saúde”. Gonçalves (2015) realça que apesar do inquérito HSL-EU-Q16 ser realizado por autoperceção, o nível de LS medido não depende

apenas das competências pessoais, sendo também fruto de contextos específicos, como as políticas nacionais em saúde ou as políticas de saúde regional, a complexidade do próprio sistema de saúde, a história e cultura de campanhas nacionais informativas. Diante a análise quantitativa de dados, através das repostas ao questionários, foi calculado o “Nível de LS” utilizando o processo referido anteriormente.

O grupo II do nosso questionário, “Comportamentos Coletivos e Individuais”, é composto por 28 perguntas. Neste grupo pretendemos recolher informação sobre os comportamentos adotados ou não, assim como a frequência com que cada indivíduo realiza as ações em análise. Diante as várias sugestões comportamentais que tem sido apresentada, conseguimos realizar uma distinção clara entre aquelas que são comportamentos individuais, ou seja, que remetem para a conduta de cada indivíduo (embora com potenciais repercussões em terceiros) e os comportamentos coletivos e que pressupõem ações coletivas. Para categorização e estudo dos comportamentos, decidimos diante os comportamentos coletivos, dividi-los em Profissionais e Sociais/Familiares de forma a conseguir o melhor enquadramento na realidade possível. Diante estas distinções categorizamos, seguindo a metodologia de Sørensen *et al* (2012), os três domínios onde podem ser aplicados estes comportamentos: Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

Segundo a OMS (2020) e a DGS (2020), no âmbito dos Cuidados de Saúde na sua relação com a pandemia, cada indivíduo deve: avaliar diariamente o seu estado de saúde, verificando se apresenta algum sintoma que poderá estar relacionado com a Covid-19; manter os princípios de uma boa higiene, lavar as mãos regularmente e desinfetá-las com uma solução com mais de 70% de álcool, evitar tocar nos olhos, nariz e boca; seguir as regras de etiqueta respiratória, cobrir a boca e o nariz com o cotovelo sempre que tossir ou espirrar; limitar os contactos com terceiros, assim como a diminuição de tempo de contacto com outras pessoas entre outros comportamentos.

No domínio dos Cuidados de Saúde que pressupõem comportamentos coletivos a adotar em qualquer realidade que o indivíduo se encontre, é crucial que todos ajam como “um agente ativo de saúde pública” de forma a lembrar toda a população da necessidade de cumprir e adquirir comportamentos adequados; evitar quaisquer tipos de cumprimentos físicos, como apertos de mãos, beijos na cara etc. Na esfera Social/Familiar deve ser dada atenção a membros da comunidade (vizinhos, amigos, familiares, etc.) que necessitem de auxílio durante as diversas etapas da pandemia; tido em consideração a saúde de todos os

outros, especialmente dos que coabitam no mesmo espaço, cumprindo as medidas de prevenção dentro de casa, principalmente se suspeita de um caso de Covid-19; na esfera Profissional, torna-se crucial estar atento a manifestações físicas e psíquicas relacionadas com a doença dos colegas de trabalho, assim como a eventuais dinâmicas familiares (ou outras) que ponham em causa o bem-estar daqueles que trabalham juntos.

Perante a Prevenção da Doença, cada indivíduo deve: fazer o uso correto da máscara, assim como a sua limpeza/controlo de utilizações; sempre que seja necessário frequentar espaços públicos, manter o distanciamento social, especialmente em um espaço interior; não ignorar possíveis sintomas que possam estar relacionados com a Covid-19; saber e compreender como atuar perante o grau de transmissibilidade da infeção (Rt); ter conhecimento se integra um grupo de maior risco perante a Covid-19; continuar o controlo e tratamento de outras doenças e procurar ajuda médica sempre que necessário. No âmbito Social/ Familiar é indicado que: encontros sociais/familiares sejam evitados e, sempre que ocorram, sejam adotados comportamentos de prevenção (como evitar ambientes fechados e uma grande aglomeração de pessoas); executar tarefas desde idas ao supermercado, farmácias entre outros, por pessoas que se encontrem em grupos de risco. No âmbito Profissional é recomendado: teletrabalho sempre que necessário; desinfetar as superfícies que são manuseadas com frequência ('comuns'); seguir as normas e diretrizes de saúde, dentro do ambiente de trabalho assim como no convívio com os colegas; evitar aglomerados nas horas das refeições com colegas.

Por fim, no último domínio, Promoção da Saúde, de forma individual, cada um deve: manter-se fisicamente ativo; ter uma dieta saudável; cuidar da saúde mental e estar atento aos níveis de stress a que está exposto; ser 'gentil' e paciente com os outros; ter atenção ao consumo de informações quer pela qualidade ou pela quantidade. Ao nível Social/Familiar: manter o contacto com família e amigos, através de meios virtuais; fazer planos de convívio, cumprindo as recomendações de saúde, com os amigos e comunidade; falar abertamente sobre as adversidades que estamos a enfrentar como indivíduos, com os outros. Profissionalmente torna-se essencial manter o contacto com os colegas apesar das medidas de distanciamento: possuir uma boa comunicação sobre objetivos do trabalho quer como empregador ou empregado; encontrar oportunidades para socializar com os colegas de trabalho de forma positiva.

O Grupo III, “Uso/ Acesso Tecnológico”, possui cinco perguntas que pretendem aferir o acesso a recursos tecnológicos e à internet assim como a frequência e as fontes que cada indivíduo utiliza para se informar sobre a doença Covid-19.

O Grupo IV, “Dados Sociodemográficos,” visa recolher informações dos inquiridos de forma a avaliarmos as diferentes relações entre as variáveis sociodemográficas: Freguesia, Género, Idade, Nível de Escolaridade, Situação Profissional, Profissão, Nº de pessoas no Agregado Familiar e Rendimento Líquido Mensal Agregado Familiar.

Para realizar a análise quantitativa dos dados recolhidos recorreremos ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), onde através de testes não-paramétricos³⁶ iremos explorar a correlação presente nos objetivos específicos apresentados neste capítulo.

Todos os testes estatísticos presentes no capítulo 6 “Análise de Resultados” foram realizados possuindo como nível de significância $p < 0,05$.

³⁶ Os testes estatísticos podem ser divididos em dois grandes grupos: os testes paramétricos e os testes não-paramétricos. Para a utilização de testes paramétricos é necessário que a amostra em estudo cumpra a característica da distribuição normal, erros independentes e variâncias homogéneas. Quando tais princípios não são cumpridos na amostra em estudo, devem-se usar os testes não-paramétricos que não exigem normalidade ou variâncias homogéneas, sendo testes menos eficientes mas de que apresentam ser de aplicação mais fácil, quando comparados com os testes paramétricos (Firmino, M.J., 2015).

6. Análise de Resultados

A análise de resultados no presente capítulo do nosso trabalho, resulta da análise das respostas recolhidas através do questionário elaborado cujo intuito pretendia estudar o impacto que os diferentes níveis de LS possuem nos comportamentos dos/as cidadãos/ãs portugueses/as no contexto da pandemia SARS-Cov-2. Este questionário encontra-se dividido em IV grupos: I “Literacia em Saúde- HLS-EU-Q16”, II “Comportamentos Coletivos e Individuais”, III “Uso/ Acesso Tecnológico” e IV “Dados Sociodemográficos”

6.1 Índices da Literacia em Saúde: Geral, Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

O Grupo I do questionário realizado no âmbito desta dissertação pretendia determinar o nível de LS dos inquiridos de forma a ser possível realizar uma comparação deste indicador com os comportamentos adotados perante a pandemia Covid-19 em cruzamento com as restantes variáveis valorizadas neste estudo. Apesar de o questionário utilizado HLS-EU-16 ser aceite cientificamente (Niedorys *et al.*, 2020; Nolasco *et al.*, 2020) pretendemos começar a nossa análise apresentando o estudo da sua consistência interna³⁷ através do teste de Alpha de Cronbach³⁸ (Landis & Koch, 1977).

Os resultados dos testes representados na Tabela 2 demonstram, assim, que os três Índices: Cuidados em Saúde, Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde, de forma independente, apresentam uma consistência interna substancial, enquanto o questionário usado no seu todo possui uma consistência interna quase perfeita.

Tabela 2: Alpha Cronbach para os quatro índices De Literacia em Saúde

Índice Geral	0,850
Índice Cuidados em Saúde	0,740
Índice Prevenção de Doenças	0,647
Índice Promoção de Saúde	0,720

³⁷ A consistência interna de um questionário pretende medir a dimensão em que as perguntas que compõem o questionário, medem o mesmo conceito, no nosso caso a Literacia em Saúde.

³⁸ Os valores do teste Alpha de Cronbach variam entre 0 e 1, sendo que o questionário possui maior consistência interna mais perto de 1. Landis & Koch (1977) apresentam os intervalos deste teste analisando o valor de alfa, assim se: $\alpha < 0,21$, consistência interna pequena; $0,21 < \alpha < 0,40$, consistência interna razoável; $0,41 < \alpha < 0,60$ consistência interna moderada; $0,61 < \alpha < 0,80$ consistência interna substancial; $\alpha > 0,80$, consistência interna quase perfeita.

Considerando o total das respostas obtidas (nº 226) verificámos que a pergunta “Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma de medicamentos?” é a tarefa mais fácil de desempenhar, com 70 indivíduos (30% da amostra) a considerar Muito Fácil e 151 (64%) Fácil. Por outro lado, a tarefa em que os inquiridos aparentam ter mais dificuldade é “Avaliar se a informação nos meios de comunicação é de confiança?”, designadamente com 14 (4%) inquiridos a considerar Muito Difícil e 103 (31%) Difícil. Achamos também relevante realçar a dificuldade sentida, e ilustrada nas respostas à pergunta “Encontrar informações para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?”, com 18 (6%) inquiridos a considerar Muito Difícil e 87 (27%) Difícil.

Calculou-se ainda a média e o desvio-padrão do Índice Geral de LS, 11,9277 (corresponde ao nível de LS Problemático) com um desvio-padrão de 3,68397.

Tabela 3 - Média e Desvio-Padrão do Índices Geral de Literacia em Saúde

Média	11,87
Erro Desvio Padrão	3,69
Mínimo	,00
Máximo	16,00

Adicionalmente, calculamos o nível de LS de cada um dos inquiridos, em resultados da configuração das respostas a este grupo I, tal como referido na metodologia capítulo 5 desta dissertação página 61. Desta análise retirámos que 50% dos nossos inquiridos possuem um nível de LS Suficiente, 30,5% apresenta um nível de LS Problemático e 19,5% apresenta um nível Inadequado de LS. A percentagem cumulativa de inquiridos com nível de LS Inadequado ou Problemático é de 50% (tabela 4). Perante um contexto pandémico onde as capacidades de resposta e de adequação de comportamentos individuais demonstram ser cruciais, seria altamente benéfico que todos os cidadãos/ãs possuíssem um nível de LS Suficiente propiciando, assim, aquilo que alguns autores designam por literacia crítica (Nutbeam, 2000), ou seja, permitindo a análise e o uso da informação de forma a exercer um maior controlo da sua saúde individual, mas também contribuindo para a saúde coletiva.

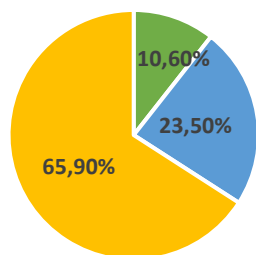
Tabela 4: Distribuição da amostra por Nível de Literacia em Saúde

		Frequência	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Literacia em Saúde	Inadequada	44	19,5	19,5
	Problemática	69	30,5	50
	Suficiente	113	50	100,0

Também foi possível retirar algumas conclusões sobre “Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde”, dimensões avaliadas através das perguntas colocadas no Grupo I do questionário.

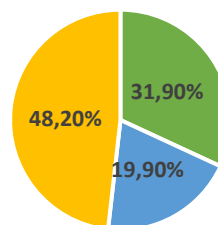
No âmbito da dimensão Cuidados de Saúde, tal como representado no gráfico 1, 10,6% dos inquiridos revelam possuir um nível de LS Inadequado, 23,50% possuem LS problemático e a maioria 65,90% possui LS Suficiente. Na dimensão Prevenção da doença, constata-se que o número de inquiridos que demonstra ter um nível de LS Suficiente é 48,20%, seguindo-se da LS Inadequada com 31,90% e, por fim, um nível de LS problemático 19,90% (gráfico 2). Relativamente à dimensão Promoção da Saúde, 46% dos inquiridos apresentam um nível de LS Suficiente, 32,70% um nível de LS Inadequada e 21,20% um nível de LS Problemática. Vemos assim que as práticas relacionadas com os cuidados de

Gráfico 1: Índice LS Cuidados de Saúde



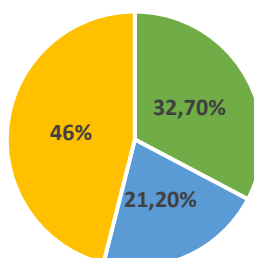
■ Inadequada ■ Problemática ■ Suficiente

Gráfico 2: Índice LS Prevenção da Doença



■ Inadequada ■ Problemática ■ Suficiente

Gráfico 3: Índice LS Promoção da Saúde



■ Inadequada ■ Problemática ■ Suficiente

saúde, expressas no índice com o mesmo nome, foram aquelas em que maior percentagem de inquiridos apresenta a resposta “Fácil” ou “Muito Fácil”, demonstrando estar mais familiarizado com práticas relacionadas com a sua saúde física, indicações médicas e farmacêuticas, entre outras. Por outro lado, a dimensão de Promoção da Saúde é a que demonstra uma maior percentagem de inquiridos a registar níveis de LS Inadequados e/ou Problemáticos, mostrando assim dificuldades perante a avaliação de comportamentos relacionados com a saúde, atividades vantajosas para a saúde física/mental e a promoção de um estilo de vida mais saudável.

6.2 Dados e características sociodemográficas

A amostra total recolhida no âmbito deste estudo é constituída por 235 inquiridos residentes das freguesias de Aldão, Atães, Gonça, Gominhães, Selho S. Lourenço, S. Torcato e Rendufe constituintes do Vale de São Torcato no concelho de Guimarães. Sendo o critério de validação do inquérito possuir Idade \geq 16 anos, apurámos 235 questionários (195 preenchidos através da rede social Facebook e 40 questionários recolhidos na Unidade de Saúde Familiar de S. Torcato em formato físico). Dos 235 questionários recolhidos 9 questionários foram considerados inválidos (preenchimento incorreto ou incompleto), sendo que o número de questionários apurados válidos para a nossa análise foi de 226.

Tabela 5: Dados Sociodemográficos Idade e Género

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem acumulativa
Idade	16 – 25	26	11,5	11,5
	26 – 35	59	26,1	37,6
	36 – 45	88	38,9	76,5
	46 – 55	29	12,8	89,4
	56 – 65	19	8,4	97,8
	+ 66	5	2,2	100
	Total	226	100,0	
Género	Feminino	169	74,8	74,8
	Masculino	57	25,2	100

A Tabela 5 apresenta os dados relativos à variável género e idade, sendo a última analisada em intervalos de 10 anos, ou seja, dos 16 anos até as 65, tendo sido aberto um grande intervalo para a identificação de inquiridos com +65 anos. A caracterização da amostra por idade permite-nos afirmar que 38,9% dos inquiridos têm entre 36 - 45 anos, seguindo-se faixa etária dos 26 – 35 anos (26,1% das repostas), sendo a média de Idade da

nossa amostra aproximadamente 39 anos. Com 74,8% das respostas, o género Feminino é o mais representado nesta amostra, sendo que o género Masculino apenas representa 25,2% das mesmas. Nesta resposta para além das opções Feminino e Masculino, deixamos a opção Outro, contudo esta não obteve nenhuma resposta.

Porter & Whitcomb (2005) e W. G. Smith (2008) nos seus estudos sobre as características sociodemográficas das respostas aos inquéritos aleatórios (físicos e online), concluíram que são as pessoas mais jovens, com mais elevados níveis de escolaridade, com posições socioeconómicas mais favoráveis e do género feminino que apresentam maiores taxas de participação nos inquéritos de investigação. Podemos considerar que esta é uma justificação para a elevada participação de mulheres no nosso inquérito, contudo não podemos desassociar deste contexto as características do papel social desempenhado no feminino na sociedade portuguesa, sobretudo na esfera da saúde. Como refere Sílvia Portugal (2006), a importância dada ao tema da saúde (quer seja da própria saúde como de terceiros) aparenta ser mais reduzida para os homens do que para as mulheres, sendo estas últimas “as grandes responsáveis pelo trabalho de “criar e cuidar”” (*ibidem*: 40). Estas características podem ter contribuído para o elevado número de respostas recolhidas de elementos Femininos, já que pelo tema em estudo assim como pelos espaços de recolha dos inquéritos (uma rede social e um centro de saúde) as mulheres aparentam ser o género predominante.

Na Tabela 6 apresentamos os valores recolhidos sobre a Escolaridade, Situação Profissional, Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar e Setor de Atividade Económica de cada indivíduo à data da realização do inquérito. Observando a variável Escolaridade verificamos que 26,5% dos inquiridos possui o 3º Ciclo (até ao 9ºano), 33,2% o ensino Secundário (12º ano) e 29,6% concluiu o ensino superior. Olhando para as percentagens cumulativas da nossa amostra vemos que 37,2% das pessoas que responderam ao questionário possuem um nível de escolaridade que corresponde ao 3º Ciclo (até ao 9ºano) e 70,4% ao ensino Secundário (até ao 12º ano), nível de ensino obrigatório atual.

Fazendo recair a nossa análise sobre a situação profissional, 78,3% dos inquiridos respondeu possuir um emprego a tempo inteiro (Full-time), três inquiridos (1,3%) responderam ser doméstica/o e oito (3,5%) reformados. Na análise da variável “Rendimento Médio por Pessoa do Agregado Familiar”, decidimos apresentar os intervalos de remuneração do agregado familiar aplicados no inquérito por questionário, sendo eles

“Menor que 665€”, “Entre 666€ e 900€”, “Entre 901€ e 1500€”, “Entre 1501€ e 2000€”, “Entre 2001 e 3000” e “Mais de 3000€” (Tabela 6).

Na mesma tabela 6 está representado o Setor de Atividade Económica, o que nos permite avaliar a população ativa³⁹ que incorpora a nossa amostra. Verificamos que a maioria exerce a sua atividade económica no terceiro setor, 55,6% da amostra, seguindo-se do setor secundário com 42,9% dos inquiridos. 5,4% dos inquiridos relataram exercer uma profissão na esfera da saúde, desde médico/a, enfermeiro/a, auxiliares de saúde, entre outros/as.

Tabela 6: Dados Sociodemográficos: Escolaridade, Situação Profissional, Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar (per capita), Setor de Atividade Económica

		Frequência	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Nível de Escolaridade Concluído	1º Ciclo	7	3,1	3,1
	2º Ciclo	17	7,5	10,6
	3º Ciclo	60	26,5	37,2
	Secundário	75	33,2	70,4
	Superior	67	29,6	100
Situação Profissional	Desempregado	18	8,0	8,0
	Doméstica/o	3	1,3	9,3
	Emprega tempo inteiro (Full-time)	177	78,3	87,6
	Emprego a tempo parcial (Part-Time)	8	3,5	91,2
	Estudante	12	5,3	96,5
	Reformado	8	3,5	100,0
Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar	Menor que 665€	22	9,7	9,7
	Entre 666€ e 900€	57	25,2	35
	Entre 901€ e 1500€	77	34,1	69
	Entre 1501€ e 2000€	38	16,8	85,8
	Entre 2001€ e 3000€	24	10,6	96,5

³⁹ A população ativa de um país, é um conceito económico que pretende aferir a força de trabalho disponível. Neste conceito encontram-se incluídos todos os que estão no ativo assim como os desempregados. Encontram-se excluídos (fazendo parte da população inativa) os domésticos, reformados, jovens em idade escolar, qualquer pessoa que por motivos de saúde esteja impossibilitada de trabalhar, entre outros.

Mais de 3000€		8	3,5	100
Setor de Atividade Económica	Primário	3	1,5	1,5
	Secundário	88	42,9	44,4
	Terciário Não Saúde	103	50,2	94,6
	Terciário Saúde	11	5,4	100

6.3 Relação entre LS e dados sociodemográficos

Como apresentado nos capítulos anteriores, são vários os fatores, defendidos pela literatura científica, que atuam como antecedentes ou influenciadores dos níveis de literacia e de LS (Benavente *et al.*, 1996; Santos, 2010; Sørensen *et al.*, 2012; Drow *et al.*, 2012; Kickbush, *et al.* 2013; Serrão, Veiga, & Vieira, 2015; Quaglio *et al.*, 2016; Paiva *et al.*, 2017; Lopes & Almeida, 2019; Silva, *et al.*, 2020). Sendo uma tarefa hercúlea desenvolver uma pesquisa que abranja todos eles, decidimos selecionar as variáveis que achamos mais relevantes para estudar a sua relação com a LS.

As variáveis escolhidas para análise são: Idade, Género, Nível de Escolaridade Concluído e Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar. Através do estudo da relação entre LS e as variáveis apresentadas anteriormente iremos assim por à prova as seguintes hipóteses de trabalho: iii) Os níveis de escolaridade têm uma correlação positiva com LS; iv) O nível de Rendimento tem uma correlação positiva com LS; vi) A Idade possui uma correlação evolutiva negativa com LS, ou seja, quanto mais velho for um indivíduo, menor a sua LS e vii) O géneros feminino e masculino possuem diferentes relações com os níveis de LS.

Os resultados apresentados na tabela 7 foram obtidos através do estudo da correlação entre os dados recolhidos através do grupo I para LS (geral e demais dimensões) e a idade dos inquiridos da nossa amostra. Para este fim aplicou-se o coeficiente de *Spearman* e o respetivo teste de significância. Verifica-se, assim, através do valor p, não ser possível identificar na nossa amostra uma correlação entre a LS e a idade dos inquiridos.

Tabela 7: Comparação da LS em função da Idade

		Frequência	rs	p
Literacia em Saúde	Geral	236	-0,004	0,474
	Cuidados de Saúde	236	-0,018	0,396
	Prevenção da Doença	236	0,036	0,293
	Promoção da Saúde	236	-0,024	0,358

Na tabela 8 apresentam-se os resultados da comparação da LS em função do género dos inquiridos. Os resultados apresentados foram obtidos através da aplicação do teste U de *Mann-Whitney*.

Olhando para os resultados expostos na tabela 8 podemos considerar que na nossa amostra, a variável Género apresenta diferenças no nível de LS Geral ($p=0,023 < 0,05$), nas dimensões Cuidados de Saúde ($p=0,38 < 0,05$) e Promoção de Saúde ($p= 0,027 < 0,05$). Analisando a média ordinal (X_{ord}) podemos supor que o género Feminino é o género que apresenta níveis mais elevados de LS Geral, quer como nas outras dimensões. A variável género, na nossa amostra, não demonstra ter efeito na dimensão Prevenção da Doença.

Tabela 8: Comparação da LS em função do Género

		Frequência	X_{ord}	z	p
Geral	Feminino	169	119,18	-2,269	0,023
	Masculino	57	96,65		
Cuidados de Saúde	Feminino	169	117,88	-2,072	,038
	Masculino	57	100,53		
Prevenção da Doença	Feminino	169	117,22	-1,600	0,109
	Masculino	57	102,46		
Promoção da Saúde	Feminino	169	118,68	-2,213	0,027
	Masculino	57	98,15		

Os resultados que constituem a tabela 9 foram obtidos com a aplicação do teste *Kruskal- Wallis* para proceder à comparação da LS (geral e demais dimensões) em função da variável Nível de Escolaridade (concluído). Como podemos constatar, através do valor p, a nossa amostra não apresenta nenhuma relação entre estas variáveis LS e Nível de Escolaridade Concluído.

Tabela 9: Comparação da LS com os Níveis de Escolaridade

	Frequência	X ord	χ^2	p
Geral				
1° Ciclo	7	63,79	7,279	0,122
2° Ciclo	17	113,82		
3° Ciclo	60	126,34		
Secundário	75	114,12		
Superior	67	106,42		
Cuidados de Saúde				
1° Ciclo	7	65,43	6,091	0,192
2° Ciclo	17	97,50		
3° Ciclo	60	120,18		
Secundário	75	115,26		
Superior	67	114,63		
Prevenção da Doença				
1° Ciclo	7	72,50	7,478	0,113
2° Ciclo	17	129,62		
3° Ciclo	60	125,53		
Secundário	75	112,05		
Superior	67	104,55		
Promoção da Saúde				
1° Ciclo	7	73,64	7,946	0,94
2° Ciclo	17	112,74		
3° Ciclo	60	128,01		
Secundário	75	114,48		
Superior	67	103,77		

Utilizando o teste *Kruskal-Wallis* procedeu-se à comparação da Literacia em Saúde em função do Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar, Tabela 10. Os resultados apresentados no quadro 10 apresentam características significativamente estatísticas para a relação entre LS Geral e Cuidados de Saúde e a variável em análise.

Tabela 10: Comparação da LS com o Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar

	Frequência	X ord	χ^2	p
Geral				
Menor de 665€	22	104,55	12,299	,031
Entre 666€ e 900€	57	91,74		
Entre 901€ e 1500€	77	125,45		
Entre 1501€ e 2000€	38	113,59		
Entre 2001€ e 3000€	24	123,38		
Mais de 3000€	8	148,13		
Cuidados de Saúde				
Menor de 665€	22	111,77	11,677	,039
Entre 666€ e 900€	57	97,4		
Entre 901€ e 1500€	77	113,4		
Entre 1501€ e 2000€	38	137,7		
Entre 2001€ e 3000€	24	118,33		
Mais de 3000€	8	152		
Prevenção da Doença				
Menor de 665€	22	105,23	8,210	,145
Entre 666€ e 900€	57	103,17		
Entre 901€ e 1500€	77	125,56		
Entre 1501€ e 2000€	38	107,41		
Entre 2001€ e 3000€	24	105,92		
Mais de 3000€	8	145,44		
Promoção da Saúde				
Menor de 665€	22	108,09	9,394	,094
Entre 666€ e 900€	57	99,22		
Entre 901€ e 1500€	77	125,10		
Entre 1501€ e 2000€	38	102,82		
Entre 2001€ e 3000€	24	123,79		
Mais de 3000€	8	138,38		

6.4 Limitações da Amostra

Sabendo, à partida, que os métodos de aplicação do inquérito concretizados por nós, é limitadora à composição de uma amostra representativa e fiável da população, analisaremos as características da nossa amostra de forma a identificar possíveis limitações do nosso estudo. A distribuição de questionários através das redes sociais torna-se especialmente problemática no estudo da LS já que, como refere Storms *et al*, indivíduos com menores índices de LS são aqueles que possuem menor propensão a terem acesso e a usarem recursos tecnológicos, levando a uma falta ou baixa representatividade deste grupo. Esta limitação do nosso estudo, é consequência da situação pandémica que, pela imposição de medidas de confinamento geral e de distanciamento social, nos impediu de aplicar uma recolha de dados representativa da população. Para além do mais, o Grupo I do questionário possui um elevado risco de preenchimento que pode não corresponder à realidade “completing a self-report questionnaire requires a certain level of literacy from the respondents” (Storms *et al.* 2017), recaindo também no preenchimento por auto percepção, que por si só pode comportar problemas, sendo que os indivíduos tendem a sobrevalorizar as suas capacidades. Além disso, apesar do anonimato das respostas dos inquéritos, podemos estar ainda perante situações de *socially desirable responding*, ou seja, de respostas dadas por parte dos inquiridos para passarem uma boa imagem de si próprios.

Estudando aprofundadamente a variável Idade vemos que a média é de cerca de 39 anos (tabela 11), o que por si só demonstra que a amostra se caracteriza por ser jovem. Se analisarmos os quartis da mesma variável verificamos que 25% da nossa amostra tem menos de 31 anos (Q1 =31), 50% tem menos de 38 anos (Q2=38) e que 75% do total da nossa amostra tem idade compreendida entre os 16 e os 44 anos (Q3=44). Apenas 25% da amostra tem idade superior a 44 anos (Tabela 11). Segundo dados demográficos da PORDATA (2020) referentes ao ano de 2019, constatamos que 64,4% da população portuguesa tinha entre 15 e 64 anos e 22% tinha mais de 65 anos, conferindo assim que a nossa amostra é jovem não representativa da realidade portuguesa.

Tabela 11: Estatísticas variável Idade

Média		39,0265
Erro Desvio Padrão		11,51691
Quartis	Q1	31,0000
	Q2	38,0000
	Q3	44,0000

Tabela 12: Estatísticas variável Nível de Escolaridade

Quartis	Q1	3,0000
	Q2	4,0000
	Q3	5,0000

Estudando as relações entre as diferentes variáveis em análise reparamos que a variável Idade se encontra correlacionada com a variável Rendimento, correlação de *Pearson* 0,293 com nível de significância igual a 0 (2 extremidades). Por sua vez, a variável Rendimento está correlacionada com a variável Nível de Escolaridade pela correlação de *Pearson* 0,381 com nível de significância igual a 0 (2 extremidades).

Olhando para a variável Nível de Escolaridade (Tabela 12) que possui o código: 1=1º Ciclo; 2= 2ºCiclo; 3=3º Ciclo; 4=Secundário; 5=Ensino Superior, vemos, através da análise dos quartis, que 25% da nossa amostra possui o 3º Ciclo (de Q1 a Q2) e 50% possui um nível de escolaridade entre o 3º Ciclo e Secundário (de Q1 a Q3). Com Ensino Superior concluído temos 25% da nossa amostra. A partir destes dados constatamos estar perante uma amostra com elevado nível de escolaridade concluída, já que segundo a PORDATA (2021), 49,6% da população portuguesa possui um nível de escolaridade compreendido entre o 1ºCiclo e o 2ºCiclo, 23,9% possui o Secundário e 21,2% um nível correspondente ao ensino superior.

Uma amostra muito jovem e com elevados graus de escolarização poderá justificar as fracas ou inexistentes correlações encontradas entre LS (geral e demais índices) com as variáveis Idade e Nível de Escolaridade estudadas no subcapítulo anterior. Estamos assim perante erros estatísticos do tipo II, ou seja, a hipótese H_0 em estudo é falsa, mas não a conseguimos rejeitar através dos testes executados.

Podemos ainda verificar que estas características em estudo influenciam a distribuição do nível de LS da nossa amostra. No gráfico 4, vemos que a nossa amostra, perante a variável Pontuação em Literacia em Saúde, se encontra com uma concentração de casos nos níveis mais elevados de LS, não seguindo uma distribuição normal. Outra forma de vermos esta condição é através da média e distribuição pelos quartis. Os quartis em análise: Q1=10; Q2=13; Q3=15 demonstram que 50% da população apresenta pontuação entre 10 e 15 pontos e mais 25% da mesma possui entre 15 e 16 pontos, sendo responsáveis pela concentração populacional nos níveis mais elevados de LS (Gráfico 4). Assim como o índice de LS Geral, os índices de Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (Gráfico 5) não seguem uma distribuição normal, sendo possível identificar concentrações também nos níveis mais elevados de LS.

Gráfico 4: Distribuição índice de Literacia em Saúde Geral

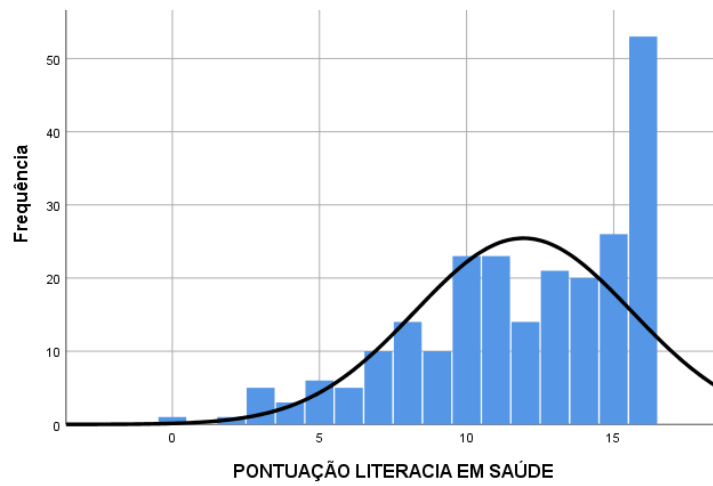
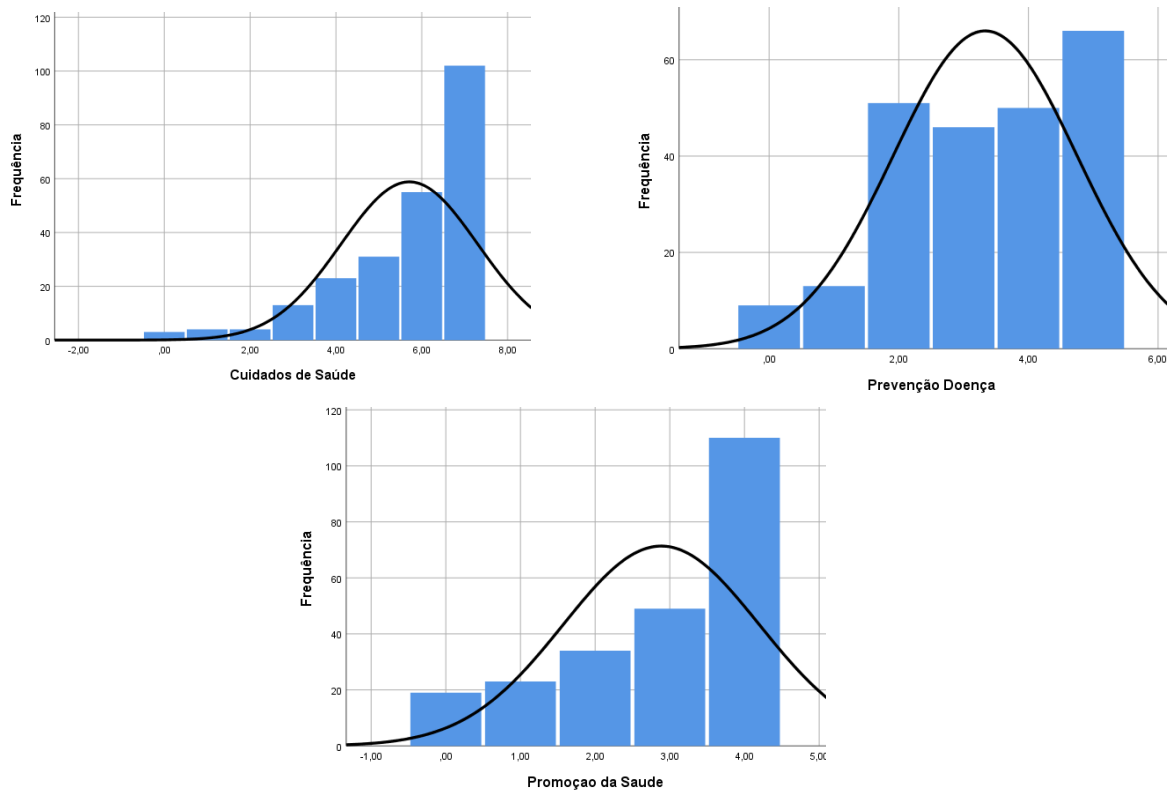


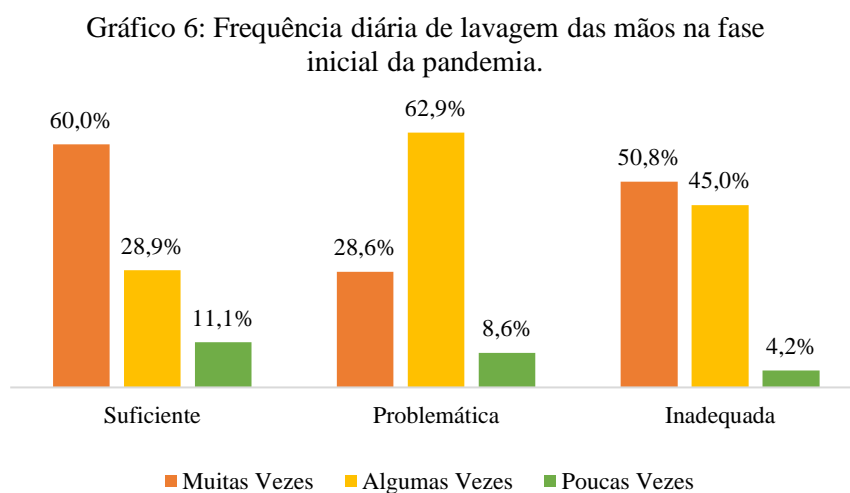
Gráfico 5: Distribuição dos índices Cuidados de Saúde, Prevenção Doença e Promoção Saúde



6.5 Relação entre LS e Comportamentos Preventivos

A resposta mais eficaz para o combate à pandemia provocada pela doença Covid-19 demonstra estar relacionada com a alteração individual de comportamentos. Logo, neste subcapítulo iremos analisar as repostas fornecidas através do Grupo II - Comportamentos Individuais e Coletivos do questionário. O objetivo do estudo deste grupo é entender a relação existente entre a população que constitui cada nível de LS (Inadequado, Problemático e Suficiente) e os comportamentos adotados pelos indivíduos, de forma a fazer face à situação pandémica. Exploraremos as Hipóteses i) “Os comportamentos dos indivíduos diferem consoante o nível de LS que estes apresentam, sendo que quando maior o nível de LS, mais serão os comportamento ajustados á pandemia que o indivíduo irá seguir”; viii) “Quando mais elevado for o nível de LS de um indivíduo, maior será a probabilidade deste seguir as orientações, relacionadas com a pandemia COVID-19, durante qualquer fase da pandemia”; x) “Quanto maior for o nível de LS de um indivíduo, maior a facilidade no acesso/ entendimento/ interpretação/ aplicação da informação disponível sobre a COVID-19”; xi) “Quanto menor o nível de LS de um indivíduo, maior dificuldade este terá numa, ou em todas as dimensões de acesso/ entendimento/ interpretação/ aplicação da informação disponível sobre a COVID-19”.

Apresentaremos os dados recolhidos no questionário, comparando os resultados obtidos por cada nível de LS, sendo ainda possível realizar uma análise temporal (em algumas questões) que situa dois momentos importantes o “antes da pandemia” e o “atualmente”, ou seja, à data da realização do inquérito.



Estudando a prática de lavagem das mãos, uma das medidas preventivas mais difundidas, o grupo de LS Suficiente foi o que declarou que realizava esta prática Muitas vezes, com 60% das suas respostas, seguindo-se o grupo que apresenta LS Inadequada com 50,8% das repostas (Gráfico 6). Também podemos observar uma diferença significativa entre os principais grupos que responderam que “Algumas Vezes”, sendo os primordiais aqueles com nível de LS Problemática com 62,9% e logo a seguir a LS Inadequada com 45,0% das respostas.

No Gráfico 7 exploramos o mesmo comportamento, referindo-nos, porém, à data da realização do inquérito. Em todos os níveis de LS vemos um aumento das repostas “Muitas Vezes” e diminuição das restantes, com exceção do grupo que representa o nível de LS Inadequado, onde a percentagem de resposta “Poucas Vezes” registou uma subida 2,5% (Gráfico 7 e Gráfico 8). É interessante realçar que o grupo de LS Suficiente, nesta segunda pergunta, não apresentou dados para a opção “Poucas Vezes” (-11,1% em relação ao Gráfico 8), assim como houve um decréscimo das respostas “Algumas Vezes” (variação de -9,7%

Gráfico 7: Frequência diária de lavagem de mãos à data da realização do inquérito.

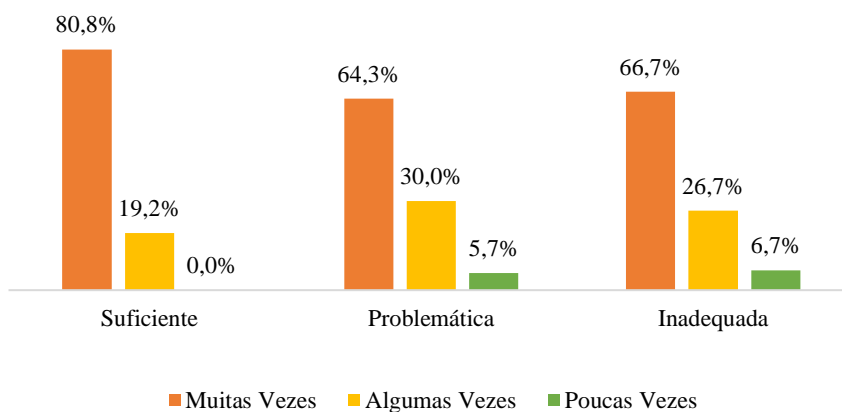
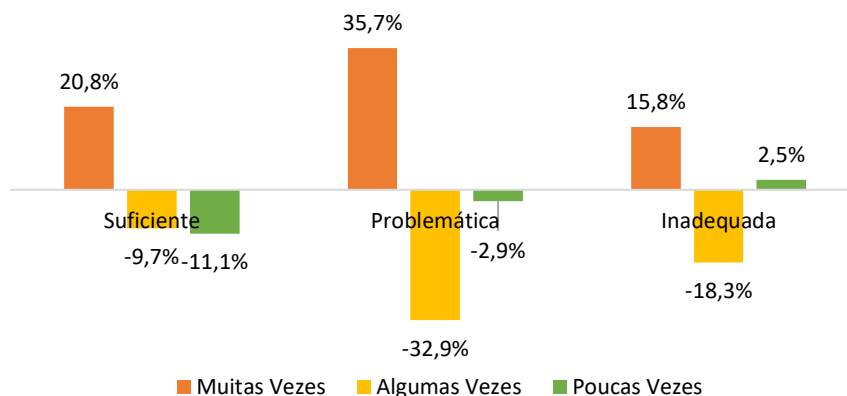


Gráfico 8: Variação registadas entre os gráficos 6 e 7

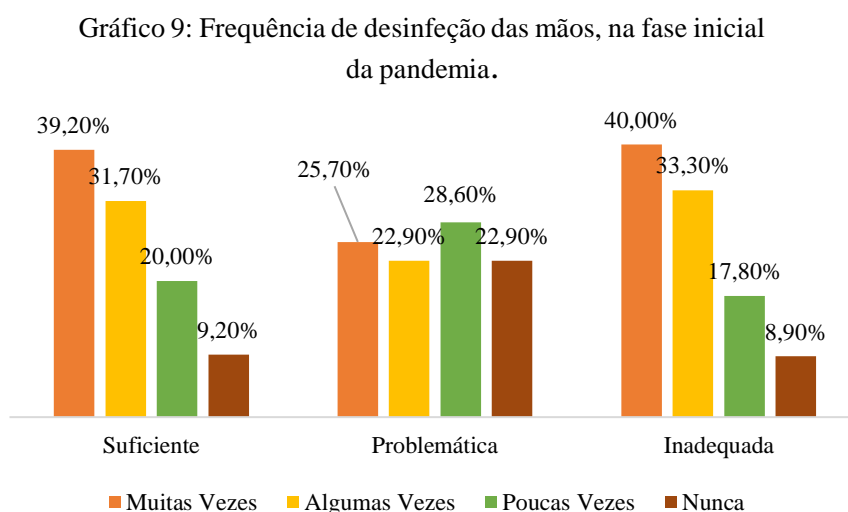


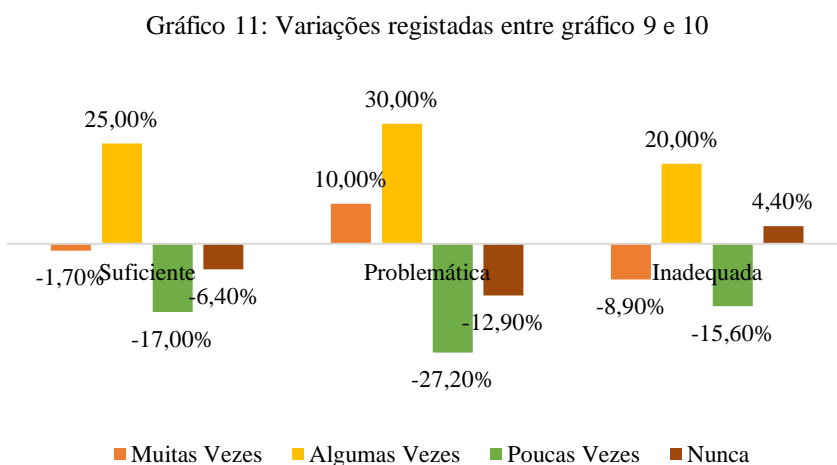
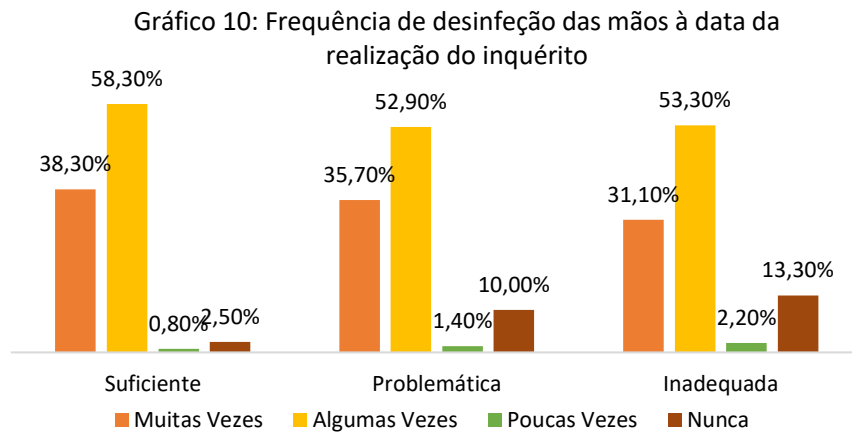
apresentada no Gráfico 8), perfazendo o total de respostas 19,2% “Algumas Vezes”. Assim, o grupo de LS Suficiente contempla um aumento das respostas que prevê um comportamento assertivo na lavagem das mãos várias vezes ao dia de 60% para 80,8% (Gráfico 7). No grupo de LS Problemática vemos também uma drástica diminuição do número de respostas “Algumas Vezes” (variação de -32,9% apresentada no gráfico 8), assim como no grupo de LS Inadequado (variação de -18,3% apresentada no gráfico 8), mantendo os dois níveis, menores indicadores de resposta “Muitas Vezes”, e maioríssima percentagem de respostas “Algumas Vezes” e “Poucas Vezes”, quando comparado com o nível de LS Suficiente.

O grupo de LS Suficiente, perante o comportamento, Lavar as mãos frequentemente, foi aquele que apresentou melhores indicadores quer da utilização desta prática no início da pandemia, quer na melhoria dos seus indicadores até à data de realização do inquérito. Por outro lado, os níveis de LS Problemática e Inadequada, apesar de apresentarem evoluções significativas nesta prática, à data do inquérito possuem ainda dados de 5,7% e 6,7% na resposta “Poucas Vezes”, demonstrando pior adaptação comportamental a esta medida amplamente aconselhada por todas as autoridades de saúde.

Outra medida que demonstrou uma ampla disseminação foi a desinfecção das mãos (com uma solução com mais de 70% de álcool). Os dados apresentados no Gráfico 9, 10 e 11, pretendem avaliar este comportamento de forma transversal aos diferentes grupos de LS nos dois períodos temporais em análise.

Através do gráfico 9 vemos que inicialmente o grupo que obteve respostas percentualmente mais elevadas, que indiciam melhores aplicações deste comportamento foi





o nível de LS Inadequada, com 40% de respostas “Muitas Vezes” e 33,30% “Algumas Vezes”, seguindo-se do grupo de LS Suficiente com 39,20% “Muitas Vezes” e 31,70% “Algumas Vezes”. O grupo de LS Problemático, no início da pandemia, foi o que registou valores percentuais superiores nas respostas “Poucas Vezes” (28,60% das respostas) e “Nunca” (22,90% das respostas).

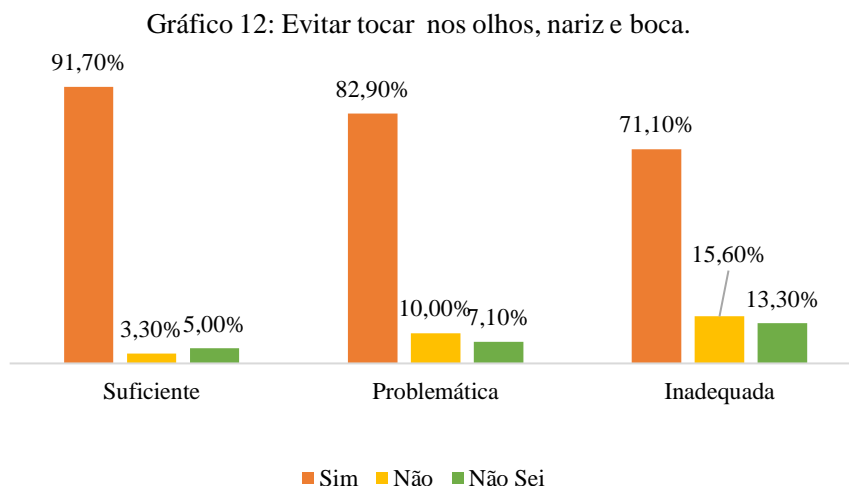
Os gráficos 9 e 10, que nos permitem registar as alterações durante a pandemia, dão conta de uma diminuição das respostas “Muitas Vezes” dos níveis de LS Suficiente (variação de 1,70% apresentado no gráfico 11) e Inadequada (variação de -8,90% apresentada no gráfico 11), demonstrando um relaxamento deste comportamento dos dois grupos, com maior ênfase no grupo de LS Inadequado desde o início da pandemia até à data do preenchimento do inquérito.

Por outro lado, as respostas “Poucas Vezes” e “Nunca” registaram diminuições significativas no grupo de LS Suficiente e Problemática (gráfico 10 e gráfico 11), levando

ao aumento da resposta “Muitas Vezes”, no grupo de LS Problemática (variação de 10% apresentada no gráfico 11) e “Muitas Vezes” tanto no grupo de LS Problemática (variação de 30% apresentada no gráfico 11), Suficiente (variação de 25% apresentada no gráfico 11) e Inadequada (variação de 20% apresentada no gráfico 11). O grupo de LS Inadequada foi o único que registou um aumento percentual da resposta “Nunca” (variação de 4,40% apresentada no gráfico 11), expondo um maior número de indivíduos que descredibiliza este comportamento de prevenção com o avanço da pandemia, apresentando dificuldades em cumprir esta regra de higiene.

Pela análise do gráfico 9 e 10 verificamos uma descredibilização quando comparamos os dados referentes a momentos díspares, possível de identificar nos diferentes grupos de LS quanto à prática de desinfecção das mãos, aparentando esta ser mais acentuada no grupo de LS Inadequado. Pela análise do Gráfico 10 podemos dizer que quanto maior for o nível de LS da nossa amostra, mais propenso este estará a seguir a norma em análise “Desinfetar as mãos sempre que necessário”, corroborando todas as hipóteses em análise.

Sendo o SARS-CoV-2 um vírus que se transmite através de gotículas, quer por transmissão direta (contacto com outra pessoa infetada), quer por transmissão indireta (contacto com superfícies ou objetos contaminados), é altamente recomendado “Evitar tocar nos olhos, nariz e boca”. Perante esta recomendação, 192 dos inquiridos (anexo I) responderam estar alerta quanto a este comportamento, demonstrando uma preocupação generalizada da população da nossa amostra, independentemente do seu nível de LS, para a adoção deste comportamento de prevenção da Covid-19. A análise por nível de LS mostra que o nível de LS Suficiente apresenta uma maior percentagem de respostas adequadas, seguindo-se do nível de LS Problemático (82,90%) e depois Inadequado (71,10%) (gráfico



12). Os inquiridos que apresentam maiores níveis de LS também são também os que apresentam menores percentagens de respostas “Não” (3,30%) e “Não Sei” (5,00%) quando comparado com os indivíduos com nível de LS Problemática (“Não” 10% e “Não Sei” 7,10%) e LS Inadequada (“Não” 15,60% e “Não Sei” 13,30%). Perante a resposta “Não Sei”, entendemos que esta é indicativa de desconhecimento ou falta de atenção perante este comportamento individual preventivo, atingindo valores proporcionalmente mais significativos quanto menor for o nível de LS, condição observada igualmente para aqueles/as que afirmam não atentar a esta recomendação. Apesar de as diferenças percentuais diminutas, os dados demonstram que quando mais elevado o nível de LS maior será a possibilidade de os indivíduos adotarem e estarem mais alerta para este comportamento de prevenção, validando, portanto, as hipóteses desta investigação.

Além da recomendação de evitar tocar nos olhos, nariz e boca para fazer face à contaminação pelo vírus de forma indireta, várias recomendações foram dadas sobre as superfícies comuns/ partilhadas (como corrimões de escadas, maçanetas de portas, áreas comuns no espaço laboral, entre outras) e a sua limpeza. Assim, no gráfico 13 estão representadas as respostas correspondentes ao comportamento evitar tocar em superfícies comuns/ partilhadas e no gráfico 14 pretendemos avaliar a sensibilidade dos inquiridos para a limpeza e desinfeção destas mesmas áreas comuns.

O gráfico 13 ilustra que no total, 212 inquiridos (Anexo II) responderam que evitavam ativamente tocar em superfícies partilhadas, 11 responderam que não adotavam este comportamento e 5 inquiridos responderam não saber. Não encontramos diferenças significativas entre os níveis de LS observáveis perante este comportamento, sendo o único ponto a realçar a maior percentagem de resposta Não 10% (gráfico 13) apresentadas pelo

Gráfico 13: Evitar tocar em superfícies ‘comuns ou partilhadas’

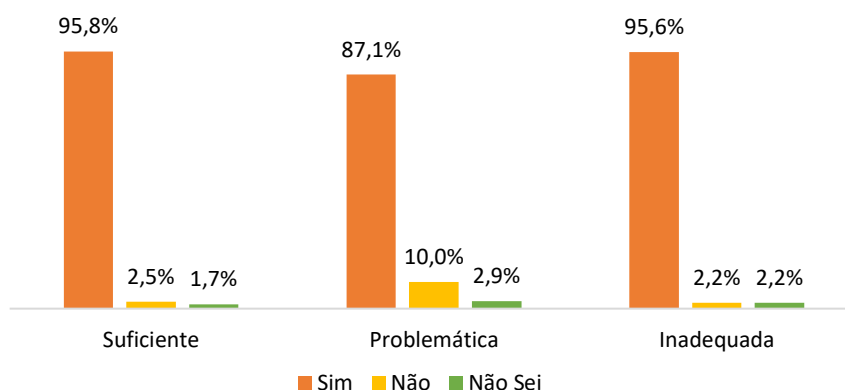
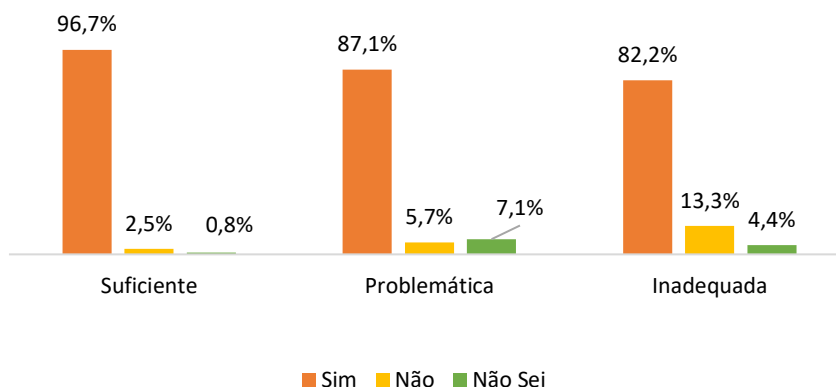


Gráfico 14: Limpeza e desinfecção das superfícies comuns/partilhadas



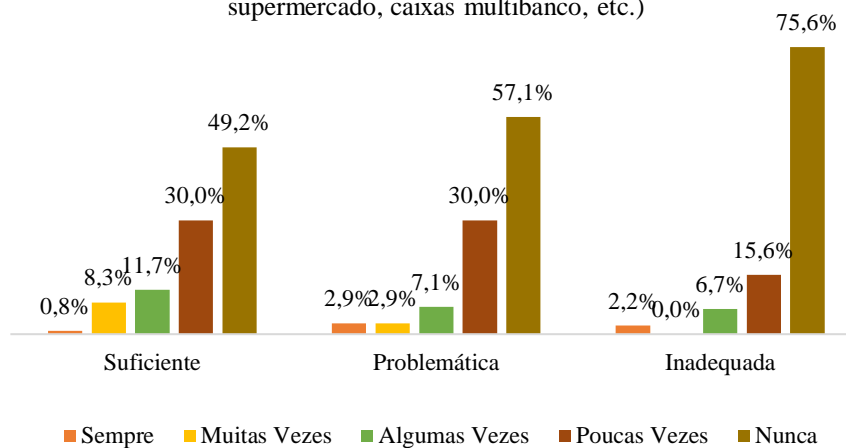
nível de LS Problemática.

Sobre a necessidade de limpeza e desinfecção das superfícies partilhadas, os dados recolhidos apresentam valores bastante similares, 205 inquiridos responderam que tinham esta preocupação e apenas 13 referiram não seguir esta recomendação (Anexo III). As diferenças ficam mais visíveis olhando para o gráfico 14. Observamos que o nível de LS Suficiente foi o que apresentou uma maior percentagem de resposta indicativas de um comportamento adequado (96,7%) e uma menor percentagem de resposta “Não” (2,5%). Os níveis de LS Problemática e Inadequada apresentaram valores mais significativos para repostas negativas, respetivamente 5,7% e 13,3% e ainda para a resposta “Não Sei” 7,1% e 4,4%, sendo esta última indicativa que níveis menores de LS possuem maiores dificuldades de acesso/ entendimento/ interpretação e aplicação das recomendações comportamentais, neste caso associado ao comportamento de limpeza e desinfecção das superfícies comuns

Uma possível medida que levantou várias dúvidas sobre a sua efetividade foi o uso de luvas em locais públicos (como supermercados, caixas multibanco, entre outros). Assim, apesar de as luvas serem consideradas um equipamento de proteção individual são desaconselhadas⁴⁰, já que a sua utilização pode transmitir uma falsa sensação de segurança. Através do estudo deste comportamento (gráfico 15) podemos perceber que a resposta “Nunca” foi a mais mencionada por todos os níveis de LS, destacando-se especialmente no grupo de LS Inadequada 75,6%, seguida da Problemática 57,1% e Suficiente 49,2%. Apesar

⁴⁰ Segundo o instituto de Higiene e de Medicina Tropical da Universidade de Lisboa “a sua utilização pode fornecer uma falsa sensação de segurança, pois os microrganismos podem passar através de pequenas imperfeições existentes na sua superfície (resultantes da sua utilização prolongada, da sua reutilização, sujeição a agentes químicos que alteram os materiais que as constituem, ou rasgos acidentais), ou até mesmo durante a sua remoção de forma incorreta.” (Conceição *et al.*, 2020).

Gráfico 15: Utilização de luvas em contexto público (ex. supermercado, caixas multibanco, etc.)



de a resposta “Nunca” ser a associada ao comportamento correto, esta é uma questão que requeria um maior esclarecimento e sensibilização pelas autoridades de saúde, já que devido à falta de informação ou mesmo à confusa discussão pública sobre esta medida, uma percentagem significativa de inquiridos respondeu usar luvas em contextos públicos, apesar de estas não constituírem uma medida preventiva.

As regras de etiqueta respiratória (tapar o nariz e boca quando espirra ou tosse, usar máscara, entre outros) demonstram ser de grande relevância para impedir a contaminação direta e indireta entre as pessoas. O gráfico 16 e o gráfico 17 mostram-nos as respostas face a este comportamento no início da pandemia e à data da realização do inquérito, respetivamente. No gráfico 16 percebermos que a resposta “Sempre” é a mais referida, sendo transversal a todos os níveis de LS. Todavia, o nível de LS Inadequado foi aquele que apresentou um maior resultado de respostas “Poucas Vezes” 11,1%. Se as respostas respetivas à fase inicial da pandemia (gráfico 16) apresentam dados idênticos independentemente do nível de LS, a comparação entre os dados registados nas duas diferentes situações temporais em estudo (gráfico 17 e gráfico 18) permite-nos perceber as diferenças na adoção do comportamento em causa.

Ao olharmos para o gráfico 17 percebemos que o nível de LS Suficiente foi aquele em que o aumento das respostas “Sempre” foi mais significativo, variação de 15,8%, seguindo-se do grupo de LS Inadequado, variação de 11,1%, e Problemático, variação de 8,6% (gráfico 18).

Tendo como base as variações apresentadas no gráfico 18, podemos afirmar que os comportamentos compreendidos pela prática de etiqueta respiratória têm sido reforçados por todos os níveis de LS sendo, contudo, o nível de LS Suficiente o que apresenta um reforço

mais significativo na resposta Sempre, o que demonstra que quanto maior o nível de LS, maior será a propensão a adotar comportamentos ajustados à situação pandémica.

Gráfico 16: Cumprimento das regras de etiqueta respiratória no início da pandemia

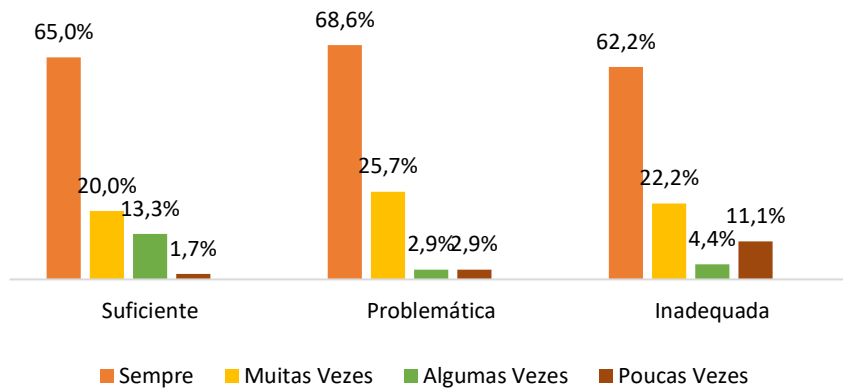


Gráfico 17: Cumprimento das regras de etiqueta respiratória à data da realização do inquérito

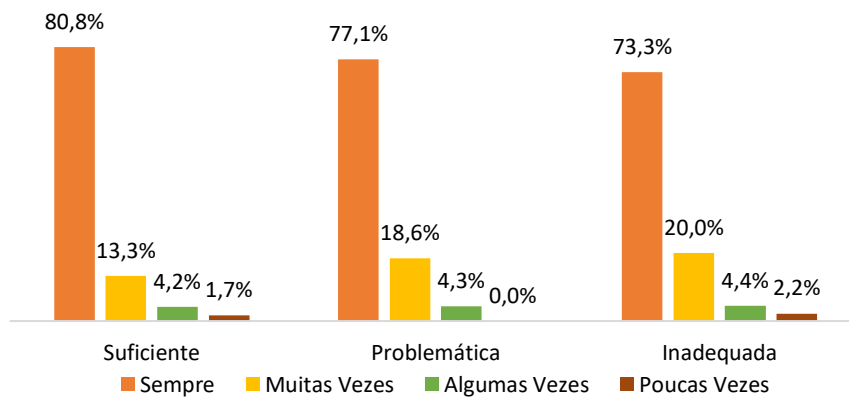
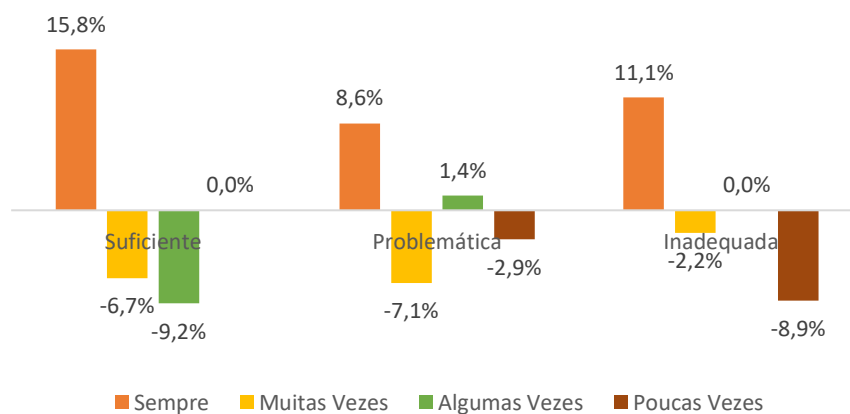


Gráfico 18: Variações registadas entre gráfico 16 e 17



Outra medida que demonstra ser altamente eficaz para o controlo de doenças altamente contagiosas é o distanciamento social. Altamente recomendada perante a doença Covid-19, vemos que esta tem sido uma medida imposta, por vezes com cariz de obrigatoriedade, que avança e recua consoante os contágios e o risco a que cada população se encontra exposta. O gráfico 19 e 20 pretendem assim conferir a prática de distanciamento social dos nossos inquiridos no início da pandemia e à data da realização do inquérito. O gráfico 21, permite-nos fazer uma comparação sobre estes dois períodos temporais.

No gráfico 19 podemos constatar que apesar da fraca adesão por todos os níveis de LS às respostas “Poucas Vezes” ou “Nunca”, são os níveis de LS mais baixos que apresentam valores mais elevados para estes dados, com o nível de LS Inadequada a ter 6,7% de respostas “Poucas Vezes” e 2,2% “Nunca” e o nível de LS Problemática a responder 5,7% “Poucas Vezes”, demonstrando ter mais dificuldades em seguir, entender e aplicar esta recomendação específica. Por outro lado, o nível de LS Suficiente foi aquele que apresentou uma maior percentagem de respostas Sempre com 53,3% dos inquiridos.

O gráfico 20 exhibe as repostas dos inquiridos analisando o distanciamento social à data de realização do inquérito. Podemos ver que todos os níveis de LS aumentaram as suas respostas “Sempre”, sendo o aumento mais expressivo o do grupo de LS Suficiente (gráfico 21), com 10,8%. As respostas “Nunca”, “Poucas Vezes” e “Algumas Vezes” diminuíram em todos os grupos de LS continuando, no entanto, a ser mais elevadas no grupo de LS Inadequada: 2,2% “Poucas Vezes” e 8,9% “Algumas Vezes”, comparativamente aos restantes grupos: Problemática (1,4% e 7,1%) e Suficiente (0,8% e 4,2%). Ao compararmos as alterações das respostas dos gráficos 19 e 20, verificamos que apesar de todos os níveis de LS percentualmente terem melhorado, as respostas “Sempre” (resposta que prevê uma

Gráfico 19: Cumprimento das regras de distanciamento social, no início da pandemia

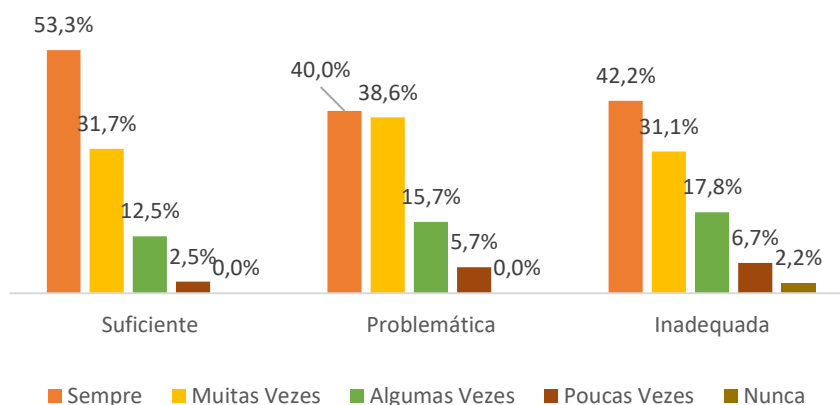


Gráfico 20: Cumprimento das regras de distanciamento social à data da realização do inquérito

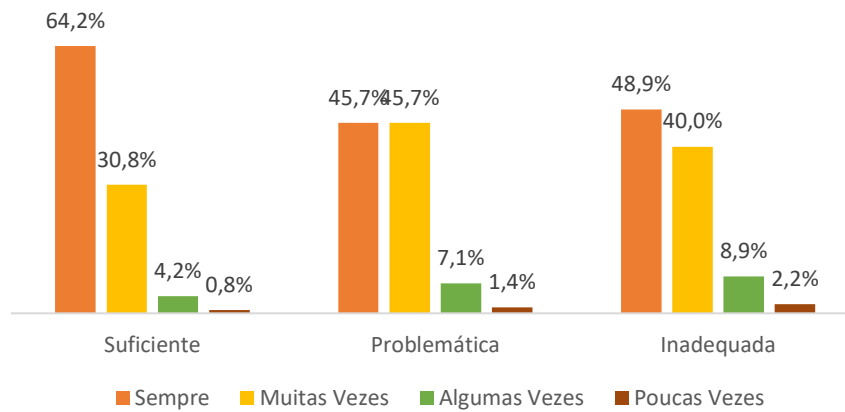
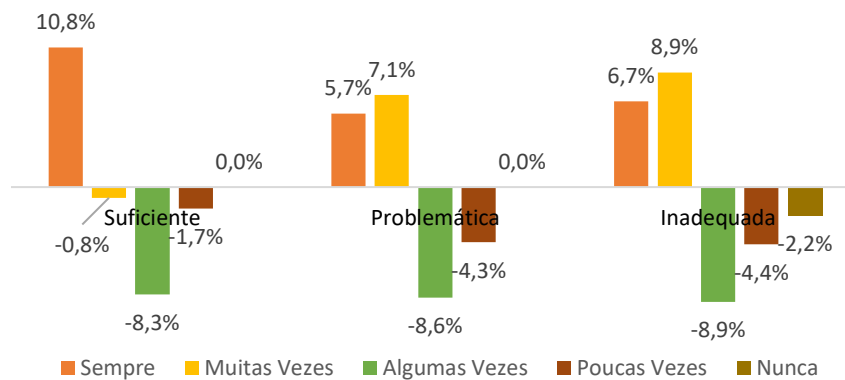


Gráfico 21: Variações registadas entre os gráficos 19 e 20



adoção e utilização correta da medida de distanciamento social), observa-se um aumento mais significativo no grupo de LS Suficiente 10,8% (gráfico 21). Olhando para a evolução do nível de LS Suficiente, sendo desde o início aquele que mais seguia as recomendações de distanciamento social, à data do inquérito conseguia um maior distanciamento dos valores dos outros níveis de LS. Assim, podemos afirmar que quer no início da pandemia, quer à data da aplicação dos inquéritos, o nível de LS Suficiente foi o que demonstrou assumir comportamentos mais adequados face à situação pandémica.

Assim como a utilização de luvas, a recomendação da utilização de máscaras também demonstrou ser contraditória na fase inicial da pandemia. Contudo, com o avanço das pesquisas e reflexões, esta medida, além de ser uma recomendação, passou a ter um carácter obrigatório em certas alturas. O gráfico 22 ilustra a frequência com que os indivíduos utilizam máscara (quer comunitária, quer cirúrgica), o gráfico 23 pretende averiguar o uso correto das máscaras cirúrgicas (sendo que uma utilização não deve ultrapassar as 4 horas), por sua vez o gráfico 24 pretende apurar se os indivíduos que utilizam máscaras comunitárias

(tecido) seguem as recomendações de limpeza das mesmas. O uso de máscara, para além de ser um comportamento de prevenção da saúde de cada indivíduo, também é um comportamento de promoção da saúde que implica terceiros, sendo o seu não uso ou o seu uso incorreto prejudicial no combate à pandemia.

No gráfico 22 verificamos uma semelhança nas repostas dos diferentes níveis de LS, sendo que aqueles com LS Suficiente responderam mais vezes “Sempre” (81,7% das repostas) que os outros dois níveis de LS (Problemática 75,7% e Inadequada 68,9%), demonstrando ser um comportamento mais adequado o adotado pelo grupo que possui níveis de LS mais elevados.

Além do uso, ou não, da máscara, é pertinente olharmos para a forma como os indivíduos as utilizam (gráfico 23). É importante referir que foram excluídos da amostra os inquiridos que responderam à opção “Não utilizo máscaras comunitárias”, perfazendo um total de 210 inquiridos em análise neste gráfico. Excetuando o nível de LS Problemático, ambos os níveis de LS Suficiente e Inadequada possuem como maioria das respostas uma utilização, respetivamente 53,9% e 58,5%, sendo a percentagem de respostas do nível de LS Inadequado ligeiramente superior (58,5% comparativamente com 53,9%). Sendo que o uso aconselhado pelas autoridades de saúde, das máscaras descartáveis, é de no máximo uma utilização, constatamos que apenas 108 inquiridos, 46% da amostra em estudo responde usar corretamente a máscara.

Sobre a limpeza das máscaras comunitárias vemos que 119 indivíduos responderam seguirem as recomendações de limpeza dos fabricantes ou serviços de saúde, sendo a percentagem desta resposta mais elevada no nível de LS Suficiente com 92,6% das repostas, seguindo-se o nível de LS Problemática 79,5% e por fim a LS Inadequada 77,7%.

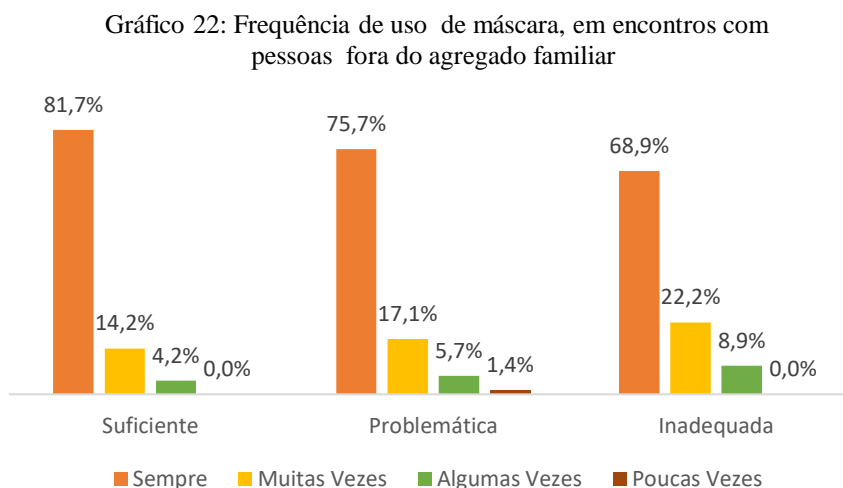


Gráfico 23: Utilização de máscaras descartáveis por utilização (1 utilização = 4 horas máximo)

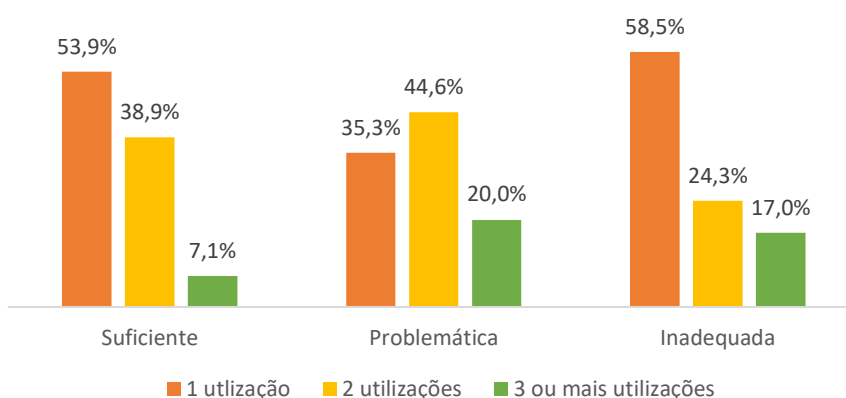
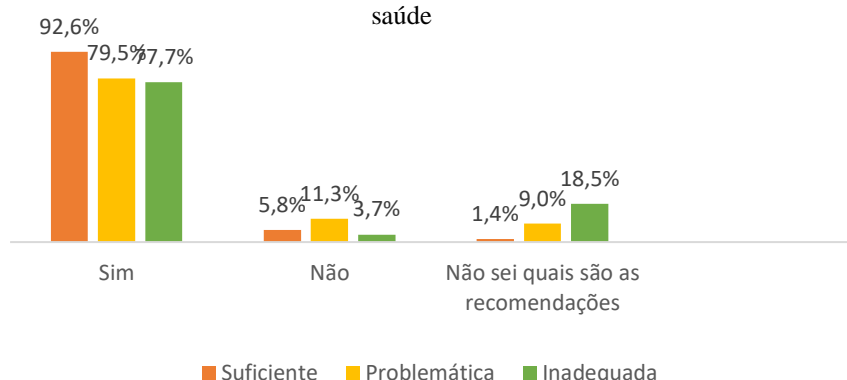


Gráfico 24: Realiza a limpeza da máscara comunitária (tecido), seguindo as recomendações do fabricante ou dos serviços de saúde



O gráfico 24 permite-nos analisar a resposta “Não sei quais as recomendações”, sendo que nesta existe uma diferença significativa entre a percentagem desta resposta no nível de LS Inadequado 18,5% e Problemática 9% comparativamente com o nível de LS Suficiente 1,4%. Mais ilustrativo do que as respostas “Sim” e “Não”, a resposta “Não sei quais as recomendações” indicam o desconhecimento e o descrédito destes indivíduos sobre a limpeza correta da máscara, assim como viabiliza a reflexão sobre a dificuldade de alguns dos inquiridos em encontrar e aplicar instruções relevantes. Este dado é preocupante, já que não seguir as instruções de limpeza das máscaras comunitárias leva ao seu uso inadequado, emitindo uma falsa sensação de segurança para o indivíduo.

Portanto, nos gráficos 22 e 24 é possível atentar que o nível de LS Suficiente apresenta melhores resultados que os restantes níveis de LS quanto ao uso e limpeza das máscaras comunitárias. O nível de LS Inadequado, como demonstrado no gráfico 24,

apresenta dados preocupantes já que 17,5% daqueles que afirmaram usar máscaras comunitárias não seguem as instruções de limpeza das mesmas.

Todos os indivíduos necessitam de estar alerta perante sintomas indicativos de doença e ameaça à sua saúde. Durante esta pandemia o controlo de sintomas por cada um, tornou-se um comportamento fundamental de forma a proteger terceiros perante a possível contaminação por Covid-19. Segundo os dados recolhidos na nossa amostra, quando inquiridos sobre o controlo de sintomas, de uma forma geral, todos responderam monitorizar os sintomas indicativos de Covid-19. Contudo, ao olharmos para os que responderam que não tinham controlado os sintomas, conseguimos observar pequenas relações entre estes dados e os níveis de LS correspondentes. No nível de LS Suficiente apenas 4,2% dos inquiridos responderam não fazer o controlo de sintomas, no nível de LS Problemático o mesmo dado apresentou um valor de 7,1% e o grupo de LS Inadequado é aquele onde esta percentagem é mais elevada, sendo de 11,1%. Assim, vemos que quando menor o nível de LS, maior é a percentagem de respostas que demonstram um comportamento inadequado perante o controlo de sintomas.

Além da deteção de sintomas indicativos de Covid-19, é importante percebermos a forma como as pessoas atuam aquando da suspeita de contaminação da doença. O gráfico 26 representa os indivíduos que detetaram sintomas suspeitos de Covid-19 e os gráficos 27 e 28 demonstram a adoção (ou não) de comportamentos de isolamento. No gráfico 26 vemos que o grupo de LS Suficiente é aquele com uma menor percentagem de deteção de sintomas (26,7%) comparativamente com o nível de LS Problemática (30%) e Inadequada (37,8%), dados que não nos permitem retirar alguma conclusão relevante.

No gráfico 27, depois de retirados da amostra aqueles que responderam “Não apresentei sintomas”, pretendeu-se estudar a adoção de comportamentos de distanciamento social e isolamento por aqueles que admitiram ter experienciado algum sintoma indicativo da doença. Assumir comportamentos erráticos perante a suspeita de infeção pode levar ao contágio de terceiros. No gráfico 27 a maior percentagem da resposta Não é representada pelo grupo de LS Problemática com 17%, seguindo-se o nível de LS Suficiente com 8%.

O gráfico 28 ilustra os comportamentos de isolamento e restrição de movimentações dentro de casa aquando da suspeita de Covid-19. À semelhança com os dados apresentados no gráfico 27, foram retirados da amostra todos aqueles que responderam não apresentar sintomas. Analisando as respostas dadas vemos que apenas alguns inquiridos responderam

não ter realizado isolamento ou restringido as movimentações dentro de casa, todavia estes inquiridos demonstram ser altamente potenciadores da doença no seu agregado familiar, já que não restringindo o seu contacto com o agregado familiar, mesmo estando com sintomatologia suspeita de Covid-19, potenciam a propagação da doença. O nível de LS Problemático é aquele que apresenta a mais elevada percentagem de repostas negativas, com 21,4%, seguindo-se o nível de LS Suficiente com 11,1% e por fim o nível de LS Inadequado, com 4,3%.

Gráfico 25: Controlo dos sintomas indicativos da doença Covid-19

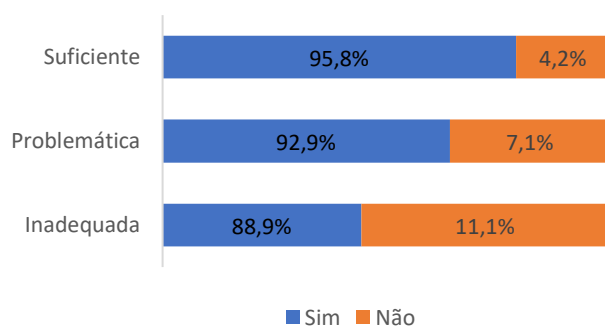


Gráfico 26: Detecção de sintomas suspeitos de Covid-19

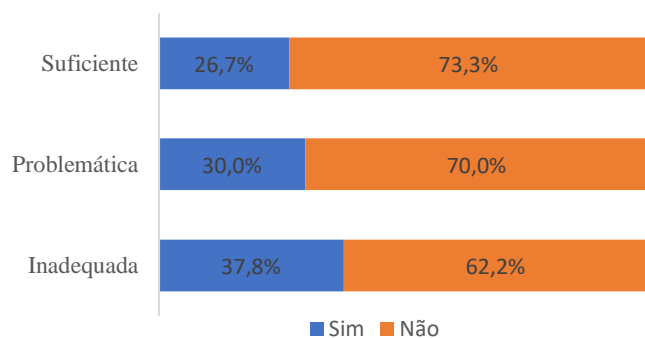


Gráfico 27: Prática de isolamento e restrição de contactos

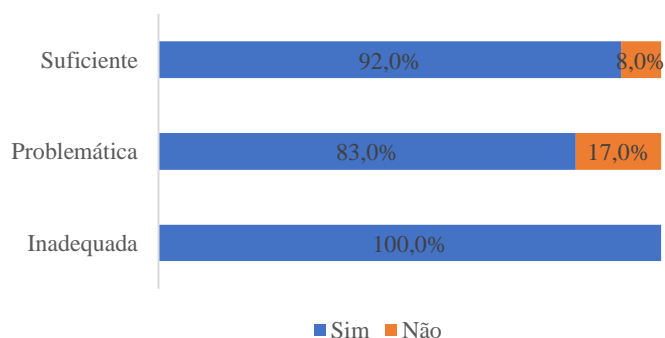
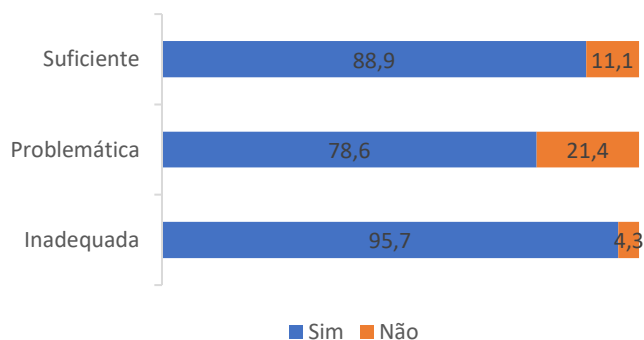


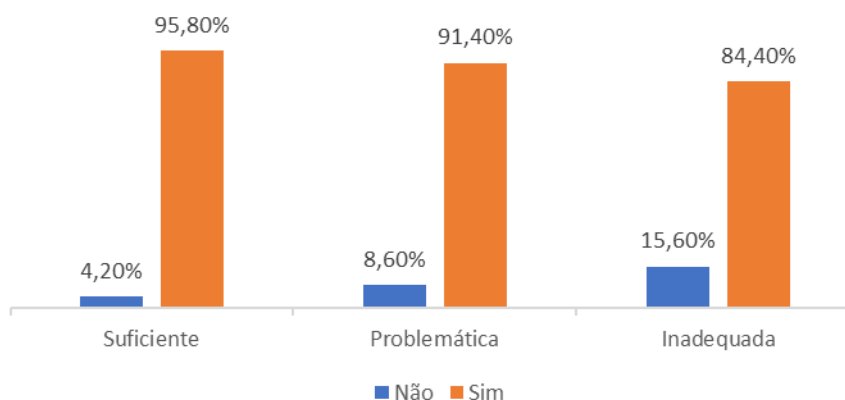
Gráfico 28: Prática de isolamento e restrição dos seus contactos e movimentação dentro de casa?



Refletindo sobre os dados presentes no gráfico 27 e 28 percebemos que os indivíduos assumem comportamentos mais relaxados para com os membros dos seus agregados familiar. Não detendo a preocupação de recorrer à prática de isolamento mesmo encontrando sob suspeita de contaminação por Covid-19, estes indivíduos contribuem para que um dos principais focos de transmissão da doença seja o contexto familiar.

O gráfico 29 ilustra a sensibilidade dos inquiridos à taxa de risco da região em que se encontram. Apesar de a maioria dos inquiridos ter respondido Sim, é pertinente examinarmos aqueles que apresentaram uma resposta negativa a este comportamento. Podemos ver que o nível de LS que apresentou uma maior percentagem de respostas negativas foi o nível de LS Inadequada, com 15,60% das respostas, seguindo-se do grupo de LS Problemática (8,60%) e por último, com resultados percentuais menores, o nível de LS Suficiente (4,20%), levando-nos a afirmar que quanto mais elevado for o nível de LS de um indivíduo mais atento este estará à taxa de risco a que se encontra exposto na sua comunidade.

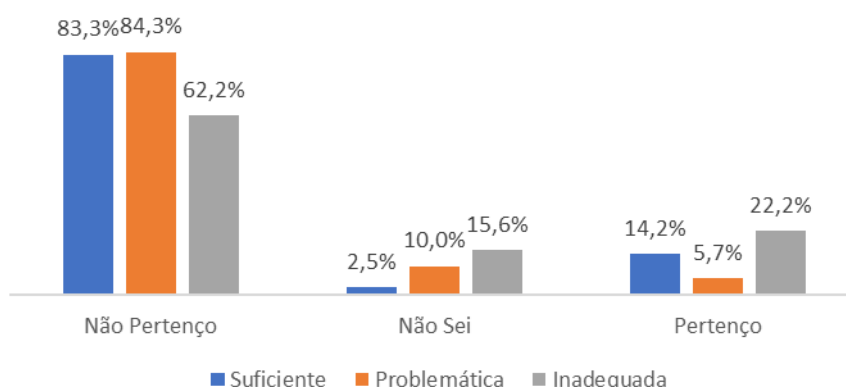
Gráfico 29: Atenção à taxa de risco da comunidade



Além da taxa de risco em que uma pessoa se encontra na sua comunidade, é pertinente estudar o conceito de grupos de risco⁴¹, ou seja, pessoas que partilham características semelhantes e cuja infeção pode apresentar mais complicações e maior risco de mortalidade.

O gráfico 30 ilustra as respostas à pergunta que pretendia averiguar se os inquiridos sabiam se pertenciam a algum grupo de risco. No total, dos 226 inquiridos, 7,2% não sabia se pertencia a um grupo de risco estanho contexto da pandemia. Perante esta pergunta torna-se crucial analisar as respostas “Não Sei”, que indicam um desconhecimento quer do estado da sua própria saúde, quer dos parâmetros do conceito de grupo de risco. O grupo que percentualmente mais referiu esta resposta foi o de LS Inadequada com 15,60%, seguindo-se da LS Problemática com 10% e por último, com uma diferença significativa, o Suficiente, apenas 2,50% das respostas, mostrando um maior desconhecimento sobre a pertença a um grupo de risco por aqueles que possuem menores índices de LS. Sendo apenas um dado indicativo, requeria mais informações por forma a retirar conclusões mais coesas, no entanto, o nível que LS que apresentou uma maior percentagem de doentes de risco foi o Inadequado (22,2%) seguindo-se do nível Suficiente (14,2%) e, por último, o Problemático (5,7%).

Gráfico 30: Pertença a um grupo de risco



⁴¹ Encontram-se em grupos de risco perante a doença Covid-19 as pessoas com idade avançada (65 anos ou mais), que possuam doenças crónicas (doença cardíaca, doença pulmonar, doença oncológica, hipertensão arterial, diabetes, entre outros), pessoas com o sistema imunitário comprometido (em tratamentos de quimioterapia, tratamentos para doenças autoimunes, entre outros)(DGS, 2020)

Além das medidas preventivas para controlo da Covid-19, são igualmente relevantes a prevenção do aparecimento de outras doenças e a manutenção do bem-estar físico e mental em qualquer período da vida, mas especificamente nos períodos de pandemia e isolamento. No nosso inquérito adicionamos três perguntas que pretendem avaliar a sensibilidade e frequência com que os inquiridos se preocuparam com a atividade física, a dieta saudável e a saúde mental. Comportamentos de prevenção e de bem-estar que promovam estes três parâmetros, especialmente durante uma fase anómala como é a pandemia, encontram-se relacionados teoricamente com os níveis de LS.

No gráfico 31 encontram-se ilustradas as respostas relacionadas com a frequência de execução de atividade física durante este período. O nível de LS que apresentou maiores resultados para a resposta “Sempre” foi o nível de LS Inadequado 28,90%, seguido do nível de LS Problemático 20% e só depois pelo nível de LS Suficiente 16,70%. Todavia, se olharmos para as respostas que demonstram comportamentos menos prudentes na prática de exercício físico “Nunca” e “Poucas Vezes” são os mesmos índices de LS que apresentam os maiores resultados, nomeadamente LS Inadequada (Nunca 11,10% e Poucas Vezes 17,80%) e Problemática (Nunca 2,90% e Poucas Vezes 22,90%), enquanto o nível de LS Suficiente apresenta valores mais baixos (Nunca 0,80% e Poucas Vezes 15,00%). Assim, apesar de não ser uma relação linear, podemos ver que o nível de LS Suficiente é aquele que parece deter uma maior sensibilização geral dos inquiridos para a atividade física, mesmo que estes não tenham uma frequência mais alta. Por outro lado, os níveis de LS Problemático e Inadequado parecem apresentar uma grande dispersão de comportamentos, tendo elevados níveis na frequência “Sempre”, mas possuindo percentagens mais elevadas quando comparadas com a LS Suficiente, e nas frequências mais baixas também, mostrando que se uma parte dos inquiridos se encontra alerta para a importância do exercício físico, outra, significativa, não

Gráfico 31: Confinamento e atividade física

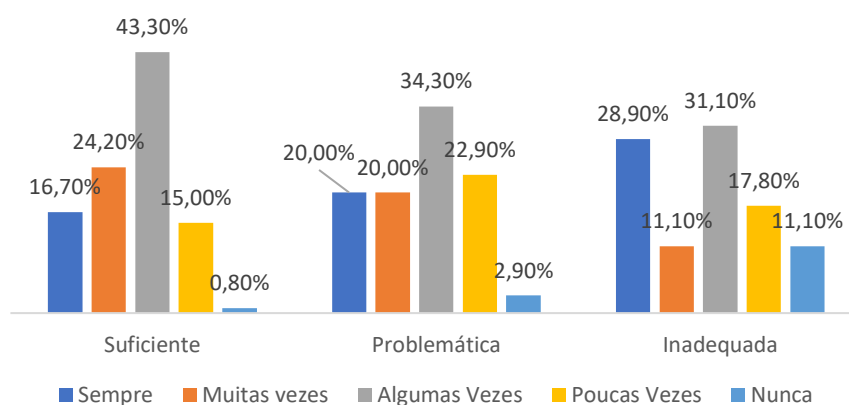
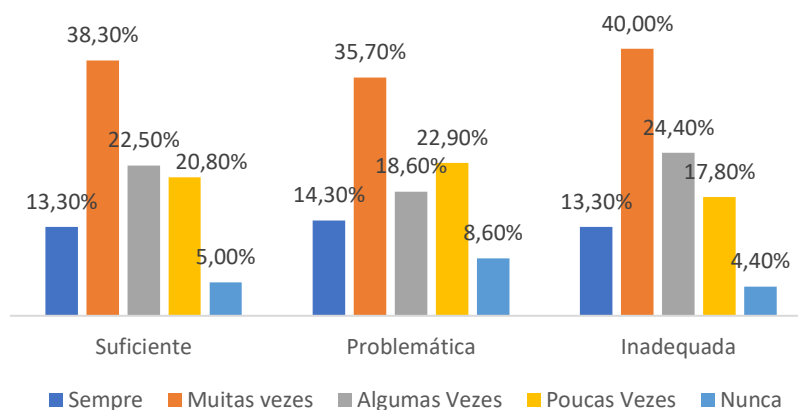


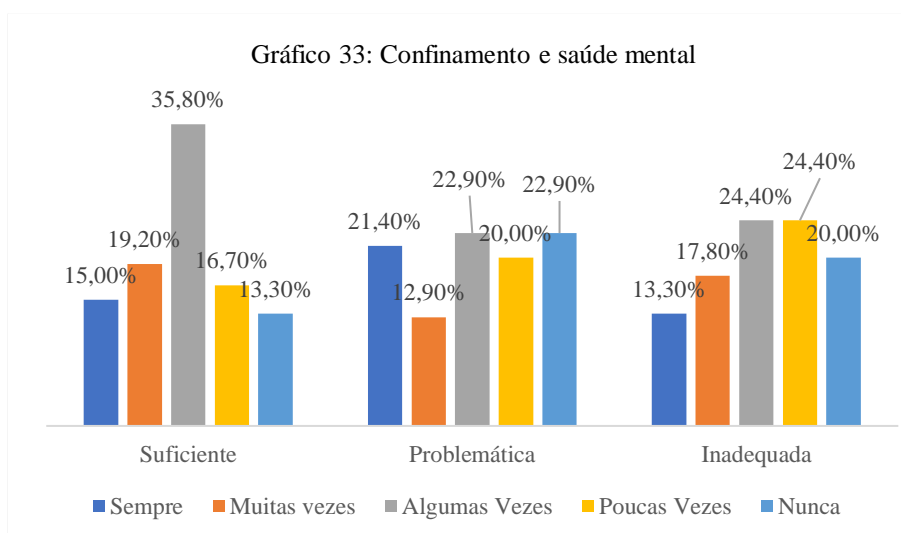
Gráfico 32: Confinamento e dieta saudável



se encontra sensibilizada no mesmo sentido.

O gráfico 32 clarifica as frequências perante a adoção de uma dieta saudável. Todos os níveis de LS apresentam valores e distribuições de respostas bastante similares, não nos permitindo realizar uma relação entre os níveis de LS e a adoção de uma dieta saudável.

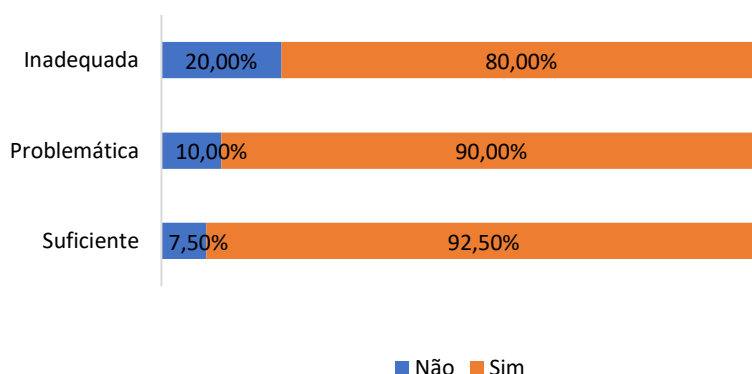
Já o gráfico 33 exhibe as respostas à frequência com que os inquiridos cuidam da sua saúde mental. Apesar de as respostas dos inquiridos não demonstrarem diferenças significativas, pretendemos realçar alguns aspetos. Olhando para a presente amostra em estudo, 226 da população, ou seja, 17,4%, respondeu “Nunca” cuidarem da sua saúde mental e 19,10% respondeu cuidarem da sua saúde mental “Poucas vezes”. Se olharmos para o nível de LS Inadequado vemos que as repostas “Nunca” e “Poucas Vezes” apresentam valores mais elevados que a percentagem geral de toda a amostra, sendo respetivamente 20% e 24,40%. O nível de LS Problemática também apresenta as mesmas características, sendo que 22,9% das respostas foram “Nunca” e 20% “Poucas Vezes”, estando acima da percentagem de resposta das amostras totais. O nível de LS Suficiente apresenta valores igualmente



significativos, mas menores, “Nunca” 13,30% e “Poucas Vezes” 16,70%. Estes dados demonstram, em consonância com os recentes alertas da sociedade civil e comunidade científica, que a saúde mental é um tema que carece de maior estudo, atenção e vigilância por todas as pessoas, já que, apesar da sua importância, ainda é uma dimensão ignorada ou esquecida pela generalidade da população, por múltiplos fatores. Segunda a nossa amostra podemos afirmar que quanto menor for o nível de LS de um indivíduo, maior será a sua propensão para descurar as práticas de promoção da sua saúde mental.

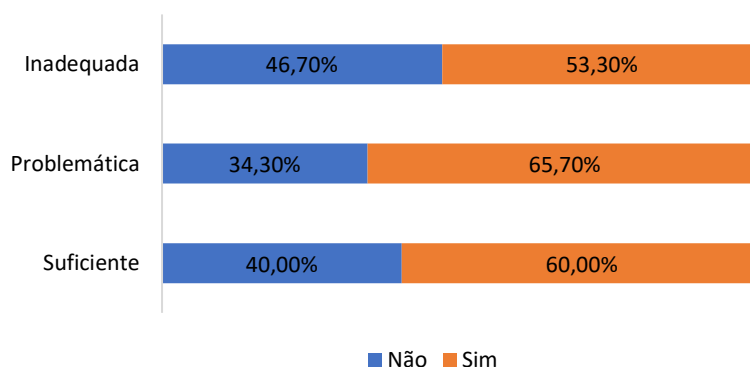
O gráfico 34 representa as respostas à pergunta se o inquirido lembra os seus contactos (familiares, amigos, membros da comunidade) das medidas de prevenção que devem ser seguidas de forma a prevenir a propagação da Covid-19. Vemos que os níveis de LS Suficiente são aqueles que percentualmente apresentam ser “Agentes Ativos da Saúde Pública”, declarando com destaque que relembram terceiros das medidas recomendadas 92,50%. Com um número significativamente menor o nível de LS Problemático respondeu afirmativamente 90,00% e o nível de LS Inadequado respondeu apenas 80%. Perante os dados apresentados no gráfico 34, percebemos que quanto maior o nível de LS dos inquiridos, maior é a probabilidade de este ser um agente ativo no combate à pandemia relembrando os círculos onde está inserido das regras e medidas de prevenção que devem ser seguidas.

Gráfico 34: Agente Ativo da Saúde Pública



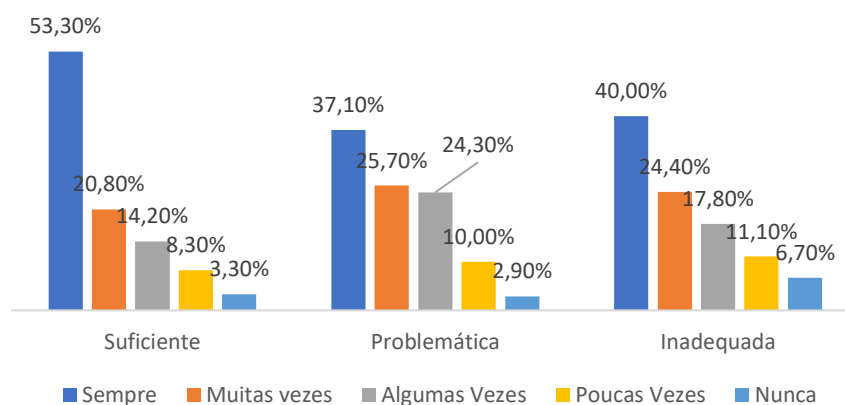
Perante diversos sentimentos de medo e desconfiança, predominantes sobretudo na fase inicial da pandemia, várias foram as movimentações da sociedade civil na tentativa de ajudar as pessoas que estariam em grupos de risco perante a doença Covid-19, às quais era aconselhada a permanência no domicílio. O gráfico 35 pretende estudar a relação entre o auxílio a outrem e os diferentes níveis de LS, relação que demonstra ser não significativa.

Gráfico 35: Auxílio a outrem durante o confinamento



Apesar de o distanciamento social ser uma das medidas com maior eficácia no combate à proliferação de doenças infecciosas, os encontros sociais têm acontecido, principalmente nas alturas de desconfinamento. Assim, é recomendado que sempre que participemos em encontros sociais algumas medidas específicas sejam adotadas (como reunir num ambiente aberto e arejado, com um número diminuto de pessoas, entre outras). O gráfico 36 ilustra a frequência com que os inquiridos tomaram estas precauções, nos convívios sociais durante a situação pandémica. Verificamos respostas similares nos diferentes níveis de LS, todavia, a resposta Sempre, dada pelo grupo de LS Suficiente, com 53,30%, apresenta um número significativamente mais elevado que a dos níveis Problemática (37,10%) e Inadequada (40,00%). Se analisarmos as respostas “Nunca” e “Poucas Vezes” podemos ver que o nível que mais se destaca é o de LS Inadequado com, respetivamente, 6,7% e 11,1%, seguindo-se o nível de LS Problemático, com 2,90% e 10%. O grupo de LS Suficiente apresenta, assim, um destaque para a resposta “Sempre”, tendo conjuntamente com a resposta “Muitas Vezes” uma parcela significativa das respostas,

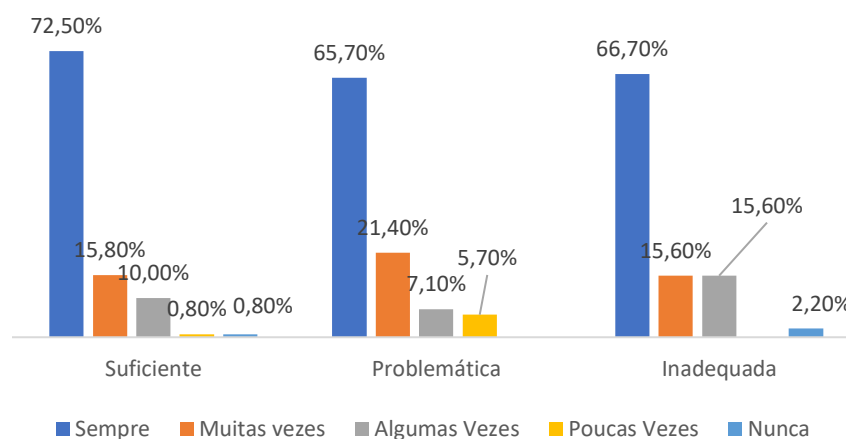
Gráfico 36: Precauções adicionais sobre organização/ participação num encontro social ou familiar



levando-nos a ponderar que a maioria dos indivíduos presentes no nível em análise declara assumir comportamentos preventivos adequados ao contexto pandémico durante a organização de encontros sociais ou familiares comparativamente com os níveis de LS Problemática e Inadequada, que demonstram maior dificuldade em seguir as recomendações.

A última pergunta do Grupo II: Comportamento Individuais e Coletivos do questionário pretende avaliar o cuidado e sentimento de responsabilidade que os nossos inquiridos possuem ao contactar com alguém que se encontre num grupo de risco face à Covid-19. Através do gráfico 37 vemos que as respostas se encontram muito distribuídas, sendo que nos três níveis de LS a resposta “Sempre” foi a mais utilizada, destacando-se o nível de LS Suficiente com uma percentagem maior 72,5%. Adicionalmente achamos relevante destacar os dados do nível de LS Inadequada para com a resposta “Nunca” 2,20% e a do nível de LS Problemática para com a resposta “Poucas Vezes” 5,70%, já que estes inquiridos demonstram não ter os cuidados necessários e fundamentais de precaução para com terceiros que pertencem a grupos de risco.

Gráfico 37: Precauções adicionais quando em contacto com pessoas que pertencem aos grupos de risco



Através da análise das respostas dadas no Grupo II: Comportamentos Individuais e Coletivos do nosso inquérito, tínhamos como objetivos observar a relação entre os diferentes níveis de LS (Suficiente, Problemático e Inadequado) e os comportamentos de prevenção individual/coletiva, assim como das regras de quarentena adotados por cada um destes níveis como resposta à situação pandémica presente e estudar as alterações de comportamentos, perante a pandemia, com a evolução ao longo do tempo (relaxamento/descrédito das

medidas). Analisando as respostas, de uma forma generalizada, constatamos que estas corroboram as hipóteses em estudo neste subcapítulo.

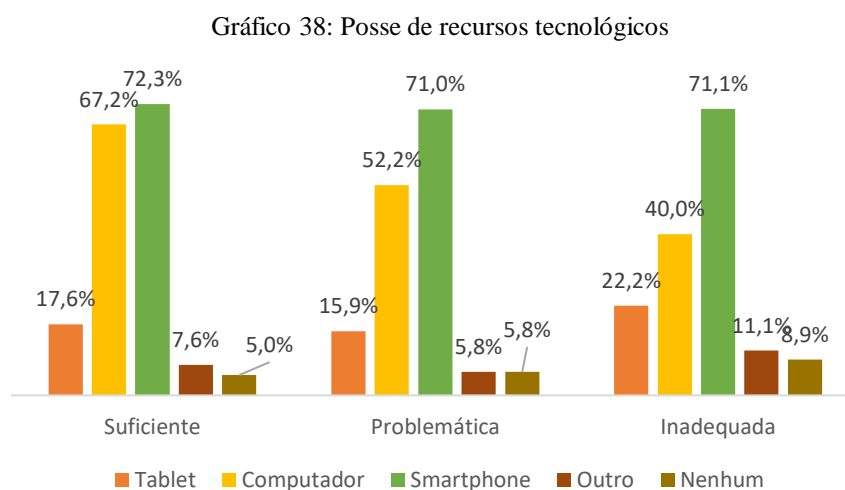
Conseguimos assim identificar, através do estudo da nossa amostra, uma correlação entre os diferentes níveis de LS e comportamentos adotados, sendo que quanto mais elevado for o nível de LS maior será a propensão para adotar comportamentos ajustados e adaptados à realidade pandémica. Por outro lado, quanto menor o nível de LS, menor a capacidade em adotar comportamentos ajustados e adaptados a essa circunstância.

6.6 Uso e Acesso Tecnológico

Além de se constituir um grave problema de saúde pública, a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 veio levantar questões sobre o acesso e uso de recursos tecnológicos por parte de todos os cidadãos/ãs, assim como veio questionar a qualidade e a veracidade da informação disponibilizada sobre a pandemia através dos diversos meios de comunicação. Para fazer face a esta infodemia, que emergiu durante a pandemia, torna-se necessário ter cidadãos/ãs capazes de procurar, entender e avaliar criticamente as informações disponíveis nos diversos meios de comunicação.

Através da análise do Grupo III do nosso inquérito pretendemos examinar o Uso/Acesso Tecnológico, analisando as hipóteses: v) “O Uso/ Acesso Tecnológico tem uma correlação positiva com LS”; ix) “Quando mais elevado for o nível de LS de um indivíduo, maior será o seu acesso e uso de informações de fontes ‘oficiais’; ix) “Quanto maior for o nível de LS de um indivíduo, maior a facilidade no acesso/entendimento/ interpretação/aplicação da informação disponível sobre a COVID-19”; e x) “Quanto menor de LS de um indivíduo, menor a facilidade no acesso/entendimento/interpretação/aplicação da informação disponível sobre a COVID-19”.

Para estudar o acesso a recursos informativos, foi perguntado quais os recursos que os inquiridos possuíam para aceder a informações sobre a Covid-19 (gráfico 38). Analisando as respostas recolhidas, e diferenciando a nossa amostra pelos três níveis de LS, verificamos que independentemente do nível de LS a resposta Smartphone foi a mais escolhida (com mais de 70% de indivíduos a referirem-no), mostrando a predominância deste recurso tecnológico que apresenta valores semelhantes nos três grupos em análise. A segunda resposta mais selecionada pelos inquiridos foi o Computador, apresentando diferenças

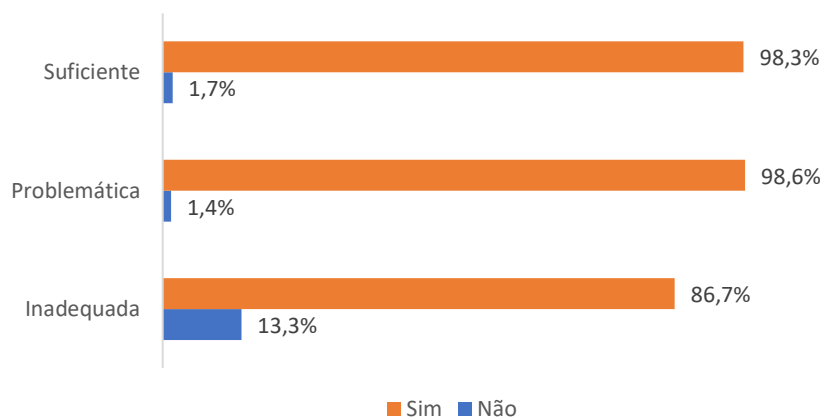


significativas dependendo do grupo de LS: o nível de LS Suficiente é o que apresenta uma maior incidência desta resposta (quase tão elevada como a do Smartphone) com 67,2% de inquiridos identificados com LS Suficiente a possuírem um Computador, seguindo-se do nível de LS Problemático 52,2% e do nível de LS Inadequado que apresenta um valor muito mais reduzido 40%.

Um dado de extrema relevância que emerge da análise do Gráfico 33 é a resposta dada “Nenhum”, já que demonstra a falta de acesso a recursos tecnológicos por parte de membros da nossa amostra. No total, de 226 respostas válidas para esta pergunta, 6% das respostas selecionadas foi “Nenhum”. Esta resposta foi referida percentualmente mais pelo grupo de LS Inadequada com 8,9%, seguindo-se o nível de LS Problemática 5,8%. Estudando os elementos da amostra que reponderam “Nenhum”, vemos que estes se distribuem por todos os intervalos de idade, não tendo uma diferença relevante quanto a esta variável, encontrando-se igualmente dispersos entre a variável género. Contudo, é no variável rendimento médio *per capita* do agregado familiar, no nível de escolaridade e situação profissional que estes valores demonstram interesse para análise. No rendimento *per capita* do agregado familiar, dos 14 indivíduos em análise vemos que quatro indivíduos apresentam rendimentos entre 0 – 200€ e oito inquiridos entre 200-400€, mostrando que o rendimento pode ser indicativo da capacidade de aquisição e posse de recursos tecnológicos. Quanto ao nível de escolaridade há uma predominância da nossa amostra de respostas “Nenhum” no nível de ensino 1º ciclo, com quatro inquiridos e no 2º e 3º ciclo com três inquiridos em cada intervalo. Assim, a variável nível de escolaridade poderá influenciar também a posse de recursos tecnológico, já que teoricamente também influencia o rendimento.

Seguidamente pretendemos investigar o acesso à internet de forma a completar o levantamento das características de acesso tecnológico iniciado na pergunta anterior. O nível de LS cujas respostas mais se destacam é o nível de LS Inadequado com o maior número de respostas “Não”, 13,3%, e, conseqüentemente, o menor número de respostas Sim, 86,7%, (gráfico 39). Também aqui pretendemos analisar os inquiridos que responderam não ter acesso à internet. Esta resposta foi referida percentualmente mais pelo grupo de LS Inadequada, com 13,3%, seguindo-se o nível de LS Problemática, com 1,4%, e, por fim, o

Gráfico 39: Acesso à Internet



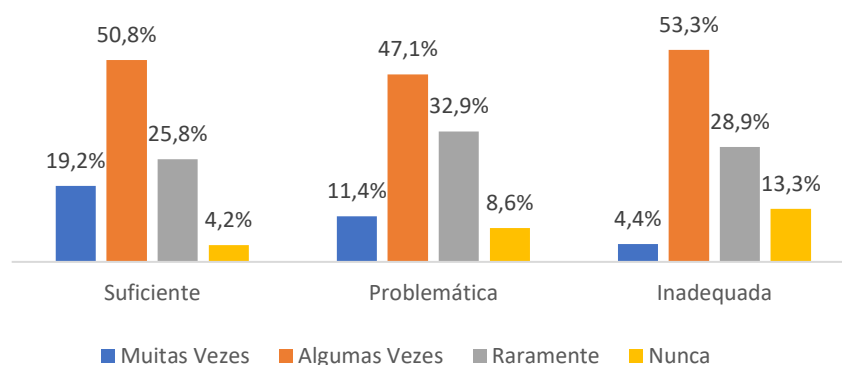
nível de LS Suficiente, com 1,7%. No total são nove os indivíduos sem acesso à internet. Olhando para a variável rendimento per/capita do agregado familiar vemos que dois inquiridos apresentam valores entre 0 – 200€, e sete inquiridos entre 200-400€, mostrando que a variável rendimento pode ser indicativa da capacidade de posse de um recurso tecnológico. Quanto ao nível de escolaridade há uma predominância do grupo em estudo que apenas frequentou o 1º ciclo 6 inquiridos, 1 o 3º ciclo e 2 inquiridos têm como nível de escolaridade o 12º ano. Apesar de neste grupo também encontrarmos 5 inquiridos com emprego a full-time e 2 desempregados, há uma nova categoria em análise, os reformados que em 8 inquiridos no total 2 não apresentam acesso à internet.

Concluindo, pela análise dos gráficos 38 e 39 podemos mencionar que o nível de LS Inadequado é o que apresenta acesso a recursos tecnológicos assim como à Internet mais condicionado, o que exclui destes indivíduos do acesso a várias fontes de informação, privando-os de conhecimentos úteis sobre a Covid-19 e sua evolução. Fica assim confirmada a hipótese x) “Quanto maior for o nível de LS de um indivíduo, maior a facilidade no acesso da informação disponível sobre a COVID-19” e a hipótese xi) “Quanto menor de LS de um indivíduo, menor a facilidade no acesso da informação disponível sobre a COVID-19”.

Além da análise do acesso aos recursos tecnológicos/internet para aceder a informação relativa à situação pandémica, é necessário fazer recair a nossa atenção sobre o uso destes recursos, já que a sua posse ou acesso não se traduz, necessariamente, no seu uso correto e eficaz.

O gráfico 40 apresenta-nos a frequência com que o inquirido costuma pesquisar informações relacionadas com a Covid-19. Analisando as diferentes respostas dos três níveis de LS, vemos que foi o nível de LS Suficiente que apresentou uma maior percentagem de repostas “Muitas Vezes” (19,2%), estando significativamente distante das percentagens de repostas do nível de LS Problemático 11,4% e do Inadequado 4,4%. A resposta “Nunca”

Gráfico 40: Frequência de pesquisa de informação relacionadas com a Covid-19



apresenta ser mais elevada no grupo de LS Inadequado onde se encontram 13,3% das respostas. No outro extremo temos o nível de LS Suficiente que relativamente à resposta “Nunca” apenas a selecionou em 4,2% dos casos. Vemos assim que é o grupo de LS Suficiente, de entre os níveis de LS em análise, que frequentemente mais procura informações relacionadas com a Covid-19, procurando manter-se mais informado e demonstrando estar mais sensibilizado, já que detém mais informação sobre diversos aspetos da doença.

Além da frequência com que cada inquirido pesquisa informações sobre a Covid-19, torna-se extremamente importante estudar e analisar as fontes de informação que estes usam.

Na tabela 13 estão explicitadas as principais fontes onde os inquiridos adquirem informações sobre a Covid-19. Numa ótica geral vemos que a resposta “Telejornais” foi a referida mais vezes entre os três níveis de LS, com 82,5% de respostas de inquiridos com LS Suficiente, 85,7% de LS Problemática e 73,3% de LS Inadequada. Outra resposta que merece igualmente destaque é as “Redes Sociais”, referida por 55,8% dos inquiridos com LS Suficiente, 48,6% dos inquiridos com LS Problemática e 48,9% dos inquiridos com LS Inadequada. No outro extremo, vemos que a resposta menos referida pelos inquiridos foi “Universidades (Cientistas e Investigadores)”, apresentando apenas 4,2% de menções pela LS Suficiente, 2,9% pela LS Problemática e 8,9% pelo LS Inadequada. Acompanhando os altos valores da resposta “Redes Sociais”, vemos que a “Pesquisa Livre na Internet (Google, Youtube, Podcasts)” possui também elevadas percentagens de respostas sendo que o grupo de LS Suficiente registou 41,70% de repostas pelos inquiridos, o nível de LS Problemática 35,7% e o nível de LS Inadequada 31,1%.

Tabela 13: Fontes de informação

Pergunta	Suficiente	Problemática	Inadequada
Telejornais	82,5%	85,7%	73,3%
Redes Sociais	55,8%	48,6%	48,9%
Outros Programas de Televisão	32,5%	25,7%	11,1%
Imprensa Escrita (Jornais e Revistas)	21,7%	14,3%	17,8%
Amigos/ Familiares	33,3%	25,7%	15,6%
Pesquisa Livre na Internet (Google, Youtube, Podcasts)	41,7%	35,7%	31,1%
Universidades (Cientistas e Investigadores)	4,2%	2,9%	8,9%
Profissionais de Saúde	44,2%	34,3%	37,8%
Governamentais Nacionais (ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, etc).	35,8%	41,4%	28,9%
Organizações Internacionais (Organização Mundial de Saúde, etc.)	20,0%	21,4%	13,3%
Não Procuo	3,3%	5,7%	0,0%

Perante a infodemia resultante deste contexto pandémico, foi apelado a todos os indivíduos que se informassem junto de fontes oficiais nacionais ou internacionais, como a Direção Geral de Saúde, a Organização Mundial de Saúde, Profissionais de Saúde entre outros. Analisando as respostas recolhidas, percebemos que as organizações nacionais possuem mais destaque que as organizações internacionais, sendo que a resposta “Governamentais Nacionais (ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, etc.)” foi referida pelo grupo de LS Suficiente 35,8%, pelo grupo de LS Problemática 41,4% e pelo de LS Inadequada 28,9%. Já a resposta “Organizações Internacionais (Organização Mundial de Saúde, etc.)” apresentou valores mais baixos, com apenas 20% de referência pelos inquiridos com LS Suficiente, 21,4% na LS Problemática e 13,3% na LS Inadequada. A resposta “Profissional de Saúde” é significativamente mais referida, apresentado valores de 44,2% para o nível de LS Suficiente, 34,3% para o nível de LS Problemática e 37,8% para o nível de LS Inadequada.

Conseguimos perceber uma inconsistência na resposta do grupo de LS Inadequado, já que este à pergunta “Com que frequência costuma pesquisar informação relacionada com a Covid-19?” (gráfico 40) 13,3% de inquiridos do nível de LS Inadequado responderam “Nunca” e na tabela 13, nenhum dos inquiridos do nível de LS Inadequada apresenta ter respondido “Não Procuo”, sendo o único nível de LS que apresenta 0% de respostas.

Na tabela 14 encontram-se representados os principais tópicos sobre a Covid-19 que os inquiridos procuram. As respostas mais referidas, de forma transversal por qualquer nível de LS, são os “Dados diários sobre a progressão da pandemia (nacional)” e “Dados diários sobre a progressão da pandemia (regional)”, mostrando ser o nível de LS Suficiente aquele que se encontra mais atento a este tópico, com 74,2% e 60% de referência respetivamente, seguindo-se o grupo de LS Problemática, com 64,3% e 67,1%, e Inadequada com 48,9% e 25,6%. Estes dados demonstram que para a nossa amostra os tópicos de informação mais importantes aparentam ser o número de casos ativos, óbitos, internamentos entre outros, podendo ser estes os pontos de referência para a adequação dos comportamentos dos indivíduos. Os dados diários relativos à progressão internacional são menos referidos, mostrando que os indivíduos da nossa amostra têm uma preferência por saber o comportamento da no concelho e país onde vivem.

A resposta “Comportamentos Preventivos (quer individual, quer coletivos)” e “Conhecimento científico sobre a pandemia” apresentam elevadas diferenças percentuais ao nível dos diferentes índices de LS. O nível de LS Suficiente foi o que assinalou mais vezes estas respostas, dando especial relevância aos “Comportamento Preventivos” (54,2%). Na resposta sobre “Conhecimento Científico” o nível de LS Suficiente é o que mais se destaca, com 45,8% de inquiridos a referirem esta resposta, seguindo-se do nível de LS Problemática,

Tabela 14: Tópicos de procurados relacionados com a Covid-19

Tópico	Suficiente	Problemática	Inadequada
1 Comportamentos Preventivos (quer individual, quer coletivos)	54,2%	42,9%	33,3%
2 Comportamentos relacionados com a prática e isolamento ou isolamento profilático	38,3%	30,0%	22,2%
3 Dados diários sobre a progressão da pandemia (regional)	60,0%	67,1%	35,6%
4 Dados diários sobre a progressão da pandemia (nacional)	74,2%	64,3%	48,9%
5 Dados diários sobre a progressão da pandemia (internacional)	32,5%	30,0%	20,0%
6 Conhecimento científico sobre a pandemia	45,8%	34,3%	28,9%
7 Nunca Procurei	7,5%	11,4%	24,4%

com 34,3% e, por fim, o nível de LS Inadequada, com 28.9% das respostas. Confirmamos, desta forma, a nossa hipótese de que “Quanto mais elevado for o nível de LS de um indivíduo, maior será o seu conhecimento e procura de aspetos científico sobre a doença COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2”. A resposta “Nunca Procurei” é aquela em que o nível de LS Inadequada apresenta uma maior percentagem de repostas comparativamente com os outros níveis de LS, com cerca de 24,4% de inquiridos. No nível de LS Problemático, nesta resposta, teve apenas 11,4% de referências e no nível de LS Suficiente 7,5%. Perante a análise das respostas a esta pergunta, na nossa amostra, verificamos que o nível de LS Suficiente é aquele que demonstra uma procura mais ativa de informação sobre a situação pandémica e a aquisição de conhecimentos sobre o novo vírus. No outro extremo, o nível de LS Inadequado é aquele que apresenta níveis de referência mais baixos, nas diversas respostas, excetuado a resposta “Nunca Procurei” em que este ocupa uma posição de destaque.

Através da análise deste grupo do questionário conseguimos perceber a relação de causa e efeito presente na relação entre o nível de LS e o acesso/uso/utilização dos recursos tecnológicos. Se por um lado, na nossa amostra, os indivíduos que possuem menores índices de LS são aqueles que possuem acesso e uso condicionado a recursos tecnológicos, menor frequência quanto à pesquisa de informações relacionadas com a Covid-19 e recurso a sites e outros meios de informação ‘não oficiais’. Por outro lado, os indivíduos que possuem nível de LS Suficiente demonstram ter um acesso mais generalizado a recursos tecnológicos, possuindo múltiplos recursos para o efeito (computador, smartphone, tablet, entre outros), realizando pesquisas mais frequentes sobre o tópico Covid-19, o que justifica uma percentagem maior de consulta de sites oficiais.

Discussão e conclusão

Refletimos, ao longo desta dissertação, sobre o conceito de Literacia em Saúde, em particular sobre a sua relação com a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2. Tentou-se, a partir de vários diálogos e perspetivas teóricas, delinear e definir o papel que este conceito detém quer no combate à crise de saúde pública, quer na vida quotidiana de todos os cidadãos/cidadãs.

Indagando, entre as principais referências teóricas nesta área de conhecimento, qual a definição conceptual de LS capaz de abranger as várias esferas com que este conceito se relaciona. Deparando-nos com várias limitações nos modelos que encontramos, entendemos que a LS, não sendo um conceito ‘novo’, só nas últimas décadas adquiriu relevância, sobretudo na agenda de discussão política, mas também na discussão pública e científica. Neste trabalho, adotamos a definição de LS apresentada por Sørensen et al., (2012) por nos parecer a mais completa e ao mesmo tempo suficientemente abrangente, possibilitando, assim, uma flexibilidade na sua aplicação às relações entre a dimensão individual e coletiva. Seguindo o trabalho de Kristine Sørensen e demais colegas adotamos o seu modelo conceptual, que alicerçou o estudo que aqui se encerra. Não obstante, não descuramos outras referências incontornáveis, como Ana Benavente (1996), Ilona Kickbush (2013), Ana Rita Pedro (2016) entre outros trabalhos, o que confere o nosso esforço em edificar um enquadramento teórico o mais completo e dialogista possível.

Esta dissertação permitiu compreender a complexidade inerente à análise da realidade da LS, a qual nos intimou ao estudo e aplicação deste conceito em três níveis distintos: os fatores influenciadores da LS, os índices que compõem a LS e as consequências da LS na vida individual e coletiva no contexto da COVID-19. Diferentes fatores podem, assim, interferir nos níveis de LS. Este trabalho contribuiu para destacar a idade, o género, o rendimento mensal do agregado familiar, o uso e acesso a recursos tecnológicos e o nível de escolaridade como sendo fatores incontornáveis, tal como demonstra o estudo empírico realizado. Além destes, inúmeros elementos exercem interferem sobre a realidade da LS.

Para a posterior análise da LS avaliámos, a partir da realidade, os níveis de LS, designando e caracterizando uma escala de mais baixos a mais elevados níveis de LS. Compreender o fenómeno aplicado à COVID-19 a partir dos seus níveis permitiu-nos aferir

as suas consequências na vida das pessoas e das comunidades que integram, assim como os custos sociais, humanos e económicos que lhe estão associados.

Torna-se difícil falar de cidadania hoje em dia sem refletir sobre o papel da LS para a capacitação de cidadãos/cidadãs, de forma a estes/as desempenharem um papel determinante na manutenção e promoção da saúde e do bem-estar (individual e coletivo), assim como a tomarem posição na participação em saúde e no questionamento do seu papel no paradigma biomédico atual. Assim, um modelo de decisão partilhada que vá de encontro aos valores, expectativas e crenças dos pacientes/utentes, exige de todos os cidadãos níveis de LS que os conduzam a realizar um julgamento e uma escolha crítica sobre as terapêuticas, o seu estado de saúde e doença em geral. Este modelo põe a nu a urgente reestruturação dos sistemas de saúde, incluindo o português, de forma que todos consigam exercer os seus direitos, incluindo o direito de participar de forma ativa e crítica nas decisões sobre a sua saúde.

A eclosão de uma pandemia à escala mundial em 2020 veio evidenciar as fragilidades dos sistemas e estruturas de saúde de cada país, assim como os baixos níveis de LS que se estendem transversalmente por todo o mundo (Cangussú, et al. 2020). De forma a travar os contágios pela doença Covid-19, várias medidas foram recomendadas pelas diversas autoridades de saúde como a OMS ou a DGS, chegando algumas a ser impostas sob um registo de obrigatoriedade e recaindo, na sua maioria, sobre comportamentos individuais dos cidadãos.

Analisando a cronologia da doença Covid-19 em Portugal, percebemos que o país ultrapassou três vagas da pandemia (antevendo-se uma quarta vaga, á data da escrita desta conclusão) cada uma delas com as suas especificidades, sendo também diferentes as reações dos cidadãos aos díspares estágios pandémicos.

Vários autores realçam que a reposta dos cidadãos à pandemia, através dos seus comportamentos, é condicionada pelos sentimentos de medo, pânico sentido perante uma nova doença com rápida capacidade de infeção, ou por outro lado, pelo descrédito e desconsideração pelo conhecimento e pelas consequências da Covid-19, daqueles considerados negacionistas. Contudo, poucos são os autores que se debruçam sobre o nível de LS como influenciador da capacidade de resposta dos indivíduos perante um problema de saúde pública. Sabendo que melhores níveis de LS permitem a cada um “aceder, compreender, avaliar e aplicar” informação e conhecimento sobre a saúde, de uma forma

dinâmica, ou seja, sempre adaptada à realidade, os baixos níveis de LS considerados uma “epidemia silenciosa” por Cangussú *et al.*, (2020), revelaram ser um dos principais fatores de diferenciação dos comportamentos dos cidadãos no que concerne à pandemia Covid-19.

Tal como a resposta dos indivíduos perante esta pandemia é meritória de uma análise pormenorizada, assim o é igualmente a resposta das instituições governamentais e de saúde. Amplamente criticada, a atuação das entidades políticas portuguesas demonstraram ser ineficientes em diversos pontos, desde a capacidade de criar um clima de estabilidade e segurança para com os cidadãos através de uma comunicação de risco eficiente e com a adequação de discurso aos diferentes níveis de literacia de forma a abranger o máximo da população portuguesa, ou através da criação de documentos mais claros, minuciosos e completos de orientação perante uma crise de saúde pública como a Covid-19. Não queremos, contudo, desvalorizar todo o trabalho feito e as práticas implementadas pelas diversas entidades, neste clima de incerteza e de poucas previsões para o futuro, que tanta dificuldade faz acrescer a uma tarefa já árdua.

Juntamente com a situação pandemia, também uma crise na esfera da informação foi registada, reconhecida como Infodemia, a qual veio testar a capacidade de os cidadãos/cidadãs selecionarem a informação e as fontes por forma a reconhecer informação útil e verdadeira e em detrimento da desinformação. Sobre este aspeto, este estudo confirma que indivíduos com baixos níveis de LS se encontram em risco de acreditar em informações falsas e pouco verossímeis, regendo o seu comportamento e modo de pensar por estas.

O trabalho realizado permitiu-se concluir e confirmar que: os comportamentos dos indivíduos face à pandemia COVID-19 diferem consoante o seu nível de LS, sendo que pessoas com níveis de LS mais elevados possuem comportamentos mais ajustados ao contexto pandémico atual, enquanto indivíduos com menores níveis de LS apresentam maior dificuldade em adequar os seus comportamentos à situação pandémica; os indivíduos com níveis de LS mais elevados demonstraram ainda seguir mais fielmente as orientações, relacionadas com a pandemia, em qualquer das suas fases, enquanto que aqueles com níveis de LS mais baixos não só revelam comportamentos mais inadequados no início, como uma evidenciam maior ‘fadiga pandémica’; os indivíduos que possuem um nível mais elevado de LS também são aqueles que procuram informação e conhecimento científico sobre a doença Covid-19, realizando mais pesquisas e tendo mais propensão a escolher como canais de informação fontes oficiais; a variável género é permeável à LS, sendo a população feminina

que demonstra níveis mais elevados de LS. Por último, podemos avançar que quanto maior for o nível de LS de um indivíduo, maior a facilidade no “acesso/ entendimento/ interpretação/ aplicação” da informação disponível sobre a COVID-19. As hipóteses e dados explorados no nosso trabalho empírico, apenas encontram suporte na amostra por nós recolhida, não podendo ser feita a generalização dos mesmos.

Nesta análise, um dos aspetos mais interessantes a salientar é a falta de correlação entre o nível de LS e as variáveis idade e nível de escolaridade, sabendo, no entanto, que estas se encontram amplamente testificadas na literatura.

Este estudo contribui, assim, para conferir destaque ao conceito de Literacia em Saúde e à sua importância na vida de cada um/a, assim como na vida coletiva, sobretudo no contexto da pandemia. Esta análise alerta para a urgente necessidade de capacitação dos indivíduos na área da saúde, por forma a promover maior controlo e prevenção de doenças, assim como a promoção do bem-estar em todas as fases da vida, mas também perante acontecimentos súbitos relacionados com a pandemia mundial que figurará na história do século XXI. A capacidade de entender, interpretar e aplicar os conhecimentos sobre saúde, de forma autónoma, informada e crítica é dimensão inalienável da condição de cidadania, sendo de extrema relevância para a emancipação e liberdade de cada indivíduo.

O momento histórico da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 veio exacerbar as desigualdades socioeconómicas e as desigualdades de oportunidades que cada um adquire desde o seu nascimento, tanto na sociedade portuguesa como na sociedade mundial, permitindo conferir que a Literacia em Saúde é um conceito que importa para conhecer as dinâmicas sociais e de poder e sobre elas poder trabalhar no sentido de promover políticas de saúde mais justas e adequadas.

A questão remate que nos domina o pensamento remete para a importância do investimento na capacitação da população para a Literacia em Saúde, exatamente porque os custos sociais e humanos desta pandemia poderiam ter sido diferentes.

Anexos

Anexo I: Frequência com que toca nos olhos, nariz e boca, por grupos de LS

			Inadequada	Problemática	Suficiente	Total
Com a pandemia passou a ter mais cuidado com a frequência com que toca nos olhos, nariz e boca?	Não	Contagem	7	7	4	18
		% em Nível	15,9%	10,1%	3,5%	8%
		LS				
	Não Sei	Contagem	6	5	5	16
		% em Nível	13,6%	7,2%	4,4%	7,1%
		LS				
	Sim	Contagem	31	57	104	192
		% em Nível	70,5%	82,6%	92%	85%
		LS				
Total	Contagem	44	69	113	226	
	% em Nível	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	LS					

Anexo II: Evita tocar em superfícies ‘comuns ou partilhadas’ por níveis de LS

			Inadequada	Problemática	Suficiente	Total
Com a pandemia passou a evitar tocar em superfícies ‘comuns ou partilhadas’ (ex. corrimões de escadas, maçanetas de portas, etc.)?	Não	Contagem	1	7	3	11
		% em Nível	2,3%	10,1%	2,7%	4,9%
		LS				
	Não Sei	Contagem	0	2	1	3
		% em Nível	0	2,9%	0,9%	1,3%
		LS				
	Sim	Contagem	43	60	109	212
		% em Nível	97,7%	87%	96,5%	93,8%
		LS				
Total	Contagem	44	69	113	226	
	% em Nível	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	LS					

Anexo III: Desinfecção das superfícies comuns/ partilhadas por grupo de LS

			Inadequada	Problemática	Suficiente	Total
Com a pandemia passou a ter mais cuidado com a desinfecção das superfícies comuns/ partilhadas (ex. espaços coletivos em ambiente laboral, áreas comuns de prédios, áreas comuns dentro de casa, etc.)?	Não	Contagem	6	4	3	13
		% em Nível LS	13,6%	5,8%	2,7%	5,8%
	Não Sei	Contagem	2	5	1	8
		% em Nível LS	4,5%	7,2%	0,9%	3,5%
	Sim	Contagem	36	60	109	205
		% em Nível LS	81,8%	87%	96,5%	90,7%
Total	Contagem		44	69	113	226
	% em Nível LS		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anexo IV: Utilização de máscaras descartáveis por grupo de LS

			Inadequada	Problemática	Suficiente	Total
No caso de utilizar máscaras descartáveis, quantas vezes a utiliza (uma utilização corresponde ao máximo de 4 horas)?	1 utilização	Contagem	22	23	57	103
		% em Nível LS	52,3%	23,3%	50,4%	45,6%
	2 utilizações	Contagem	10	28	41	79
		% em Nível LS	22,7%	40,6%	36,3%	35,0%
	3 ou mais utilizações	Contagem	7	13	8	28
		% em Nível LS	15,9%	18,8%	7,1%	12,4%
	Não utilizo máscaras descartáveis	Contagem	4	5	7	16
		% em Nível LS	9,1%	7,2%	6,2%	7,1%
Total	Contagem		44	69	113	226
	% em Nível LS		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Apêndice

Apêndice I: Questionário sobre a Literacia em Saúde - Covid-19

LITERACIA EM SAÚDE – COVID-19

Este inquérito tem como objetivo a recolha de dados para a realização de uma dissertação de Mestrado na área da Sociologia.

Nesta dissertação pretendo analisar o nível de Literacia em Saúde, assim como os comportamentos (individuais e coletivos) da população durante a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, COVID-19. A população “alvo deste estudo” são cidadãos/cidadãs, residentes nas Freguesias de Aldão, Atães, Gonça, Gominhães, Selho São Lourenço, S. Torcato e Rendufe, com mais de 16 anos de idade. Os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e anónimos e serão exclusivamente utilizados para fins de investigação científica. Peço-lhe, assim, que seja o mais rigoroso possível no seu preenchimento.

O preenchimento deste inquérito tem um tempo estimado de aproximadamente 10 minutos. Agradeço desde já a sua colaboração neste estudo.

Literacia em Saúde

Por favor, avalie o grau de dificuldade quando confrontado/a com as seguintes questões em relação à sua saúde

	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito fácil	Não Sei
1. Encontrar informações sobre o tratamento de doenças que o preocupam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Saber onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma de medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avaliar a necessidade uma segunda opinião médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito fácil	Não Sei
6. Usar a informação fornecida pelo médico para tomar decisões sobre a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Encontrar informações para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Compreender a necessidade de fazer rastreios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação é de confiança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Saber mais sobre as atividades que são vantajosas para o seu bem-estar mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares e amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Compreender a informação nos meios de comunicação relativa a um estilo de vida saudável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportamentos Individuais e Coletivos

Nesta secção pretendo que responda a perguntas relacionadas com comportamentos, tanto individuais como coletivos, relacionados com a doença COVID-19.

1. Com que frequência lavava as mãos diariamente no início da pandemia?
 Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes

2. Atualmente com que frequência lava as mãos diariamente?
 Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes

3. Com que frequência desinfetava as mãos (com uma solução com mais de 70% álcool) no início da pandemia?
 Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes

4. Atualmente com que frequência desinfeta as mãos (com uma solução com mais de 70% álcool)?
 Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes

5. Com a pandemia passou a ter mais cuidado com a frequência com que toca nos olhos, nariz e boca?
 Sim Não Não Sei

6. Com a pandemia passou a evitar tocar em superfícies ‘comuns ou partilhadas’ (ex. corrimões de escadas, maçanetas de portas, etc.)?
 Sim Não Não Sei

7. Com a pandemia passou a ter mais cuidado com a desinfeção das superfícies comuns/partilhadas (ex. espaços coletivos em ambiente laboral, áreas comuns de prédios, áreas comuns dentro de casa, etc.)?
 Sim Não Não Sei

8. Com que frequência costuma utilizar luvas em contexto público (ex. supermercado, caixas multibanco, etc.)?
 Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes Sempre

9. No início da pandemia cumpriu as regras de etiqueta respiratória (tapar o nariz e boca, quando espirra ou tosse etc.)?
- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes Sempre
10. Atualmente cumpre as regras de etiqueta respiratória (tapar o nariz e boca, quando espirra ou tosse etc.)?
- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas vezes Sempre
11. Cumpriu as regras de distanciamento social, no início da pandemia?
- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes Sempre
12. Atualmente cumpre as regras de distanciamento social?
- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes Sempre
13. Com que frequência utiliza a máscara (comunitária, cirúrgica etc.), sempre que se encontra com pessoas fora do seu agregado familiar?
- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes Sempre
14. No caso de utilizar máscaras descartáveis, quantas vezes a utiliza (uma utilização corresponde ao máximo de 4 horas)?
- 1 utilização 2 utilizações 3 ou mais utilizações Não utilizo máscaras descartáveis
15. Realiza a limpeza da máscara comunitária (tecido), seguindo as recomendações do fabricante ou dos serviços de saúde?
- Sim Não Não sei quais as recomendações Não utilizo máscaras comunitárias (tecido)
16. Desde o início da pandemia tem controlado os sintomas que podem ser indicativos da doença Covid-19?
- Sim Não
17. Já teve sintomas suspeitos de Covid-19? *
- Sim Não

18. Caso tenha tido sintomas suspeitos de Covid-19, decidiu isolar-se e restringir os seus contactos?
- Sim Não Não apresentei sintomas
19. Caso tenha tido sintomas suspeitos de Covid-19, restringiu os seus contactos e movimentação dentro de casa? *
- Sim Não Não apresentei sintomas
20. Durante esta pandemia tem tido atenção a taxa de risco da comunidade em que está inserido?
- Sim Não
21. Sabe se pertence a algum grupo de risco (ter doente crónico/ ter mais de 65 anos)?
- Pertença Não Pertença Não Sei
22. Durante os períodos de confinamentos com que frequência procurou manter-se fisicamente ativo?
- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes Sempre
23. Durante os períodos de confinamento com que frequência procurou fazer uma dieta saudável e equilibrada?
- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes Sempre
24. Durante o período de confinamento com que frequência procurou cuidar da sua saúde mental?
- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes Sempre
25. Relembra os seus contactos (familiares, amigos, membros da comunidade) sobre as medidas de prevenção que devem ser seguidas de forma a prevenir a propagação da Covid-19?
- Sim Não
26. Durante o período de confinamento, prestou auxílio a algum familiar/ amigo/ membro da comunidade a quem não era aconselhado sair de casa?
- Sim Não

27. Durante a pandemia, nos períodos de desconfinamentos, tomou precauções adicionais sempre que organizou/ participou num encontro social ou familiar (ex. ser num ambiente aberto e arejado, número diminuto de pessoas, etc.)?

- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes
 Sempre

28. No decorrer da pandemia procura ter cuidados especiais quando em contacto com pessoas que pertencem aos grupos de risco (ex. pessoas idosas, com doenças crónicas, etc.)?

- Nunca Poucas Vezes Algumas Vezes Muitas Vezes Sempre

Uso/ Acesso Tecnológico

Nesta secção pretendo que responda a perguntas relacionadas com o uso/acesso tecnológico.

29. Que recursos tecnológicos usa para aceder a informação sobre a Covid-19? (Pode assinalar mais que uma opção)

- Tablet
 Computador
 Smartphone
 Nenhum
 Outra: _____

30. Tem acesso à internet?

- Sim Não

31. Com que frequência costuma pesquisar informação relacionada com a Covid-19?

- Nunca Raramente Algumas Vezes Muitas Vezes

32. Quais as principais fontes onde adquire informação sobre a Covid-19?

(Pode assinalar mais que uma opção)

- Telejornais
 Redes Sociais
 Outros Programas de Televisão
 Imprensa Escrita (jornais e revistas)
 Amigos/ Familiares
 Pesquisa Livre na Internet (Google, Youtube, Podcasts)

- Universidades (Cientistas ou Investigadores)
- Profissionais de Saúde
- Governamentais Nacionais (ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, etc.)
- Organizações Internacionais (Organização Mundial de Saúde, etc.)
- Não Procuo
- Outra: _____

33. Quais os principais tópicos sobre a Covid-19 que procurou/ procura?

(Pode assinalar mais que uma opção)

- Comportamentos preventivos (quer individuais, quer coletivos)
- Comportamentos relacionados com a prática de isolamento ou isolamento profilático
- Dados diários sobre a progressão da pandemia (regional)
- Dados diários sobre a progressão da pandemia (nacional)
- Dados diários sobre a progressão da pandemia (internacional)
- Conhecimento científico sobre a pandemia
- Nunca procurei
- Outra: _____

Dados Sociodemográficos

Nesta secção pretendo que responda a perguntas relacionadas com os seus dados sociodemográficos.

34. Freguesia onde reside:

- Aldão Atães Gonça Gominhães Selho S. Lourenço
- S. Torcato Rendufe

35. Género

- Feminino Masculino
-
- Outro: _____

36. Idade: _____

37. Nível Escolaridade (concluído)

- 1º Ciclo (até 4º ano) 2º Ciclo (até 6º ano) 3º Ciclo (até 9º ano)
- Secundário (12º ano) Licenciatura Mestrado
- Doutoramento

38. Situação Profissional que melhor se adequa à sua situação *

- Emprego a tempo inteiro (Full-time)
- Emprego a tempo parcial (Part-Time)
- Desempregado
- Estudante
- Reformado
- Doméstica/o

39. Qual a sua profissão/ área de estudo? _____

40. Qual a dimensão (nº de pessoas) do seu agregado familiar? * _____

41. Rendimento Líquido do Agregado Familiar

- Menos de 665€ Entre 666€ e 900€ Entre 901€ e 1500€
- Entre 1501€ e 2000€ Entre 2001€ e 3000€ Mais de 3000€

Lista das Referências Bibliográficas

Ahmed, F.; Ahmed, N.; Pissarides, C.; Stiglitz, J. (2020) “*Why inequality could spread COVID-19*”. *The Lancet Public Health*, 5(5), e240, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2) [2 de março 2020]

Almeida, C.; Silva, C. R.; Rosado, D.; Miranda, D.; Oliveira, D.; Mata, F.; Assunção, V. (2019) *Manual De Boas Práticas Literacia Em Saúde-Direção Geral de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx> [6 de Outubro de 2020]

Alves, O. M. A.; Morais, M. C. S.; Barreiras, C. C.; Cruz, M. D. J. G.; Lima, A. M. D. L. (2018) “*Health Literacy: The Reality of a Community in Alto Minho*”. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(3). <https://doi.org/10.1159/000497073> [30 de março de 2021]

Andrade, P. (2014). “Literacia digital na web 2.0/3.0: investigação e educação em redes sociais e semânticas” in Silva, Sérgio; Pereira, Sara (eds) *Atas do 2o Congresso Literacia, Media e Cidadania*. Lisboa p. 334-353.

Aragão, J. (2013) Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Praxis*, 3(6) <https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566> [23 de Julho de 2021]

Arriaga, M.; Santos, B.; Raposo, B.; Silva, C.; Mata, F.; Lérias, G.; Freitas, G. (2020). *Literacia em saúde e a Covid-19: plano, prática e desafios*. Lisboa

Ashcroft, R. (2009) “*Medical ethics and the healthcare rights of citizens and others*”. *British Journal of General Practice*, 59(567), 720–721. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751915/> [28 de Janeiro 2020]

Baker, D. W.; Wolf, M. S.; Feinglass, J.; Thompson, J. A. (2008) “*Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly Persons*”. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723–726. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0566-4>

Barata, C. (2020) “O governo “ficou deslumbrado” e preparou-se mal para a segunda vaga da Covid-19” Público, <https://www.publico.pt/2020/11/09/sociedade/noticia/governo-ficou-deslumbrado-preparouse-mal-segunda-vaga-covid19-1938322> [15 de Março de 2021].

Benavente, A.; Rosa, A.; Firmino, A.; Ávila, P. (1996). *A Literacia em Portugal - Resultados de uma Pesquisa Extensiva e Monográfica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Berkman, N. D.; Sheridan, S. L.; Donahue, K. E.; Halpern, D. J.; Crotty, K. (2011) “*Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review*”. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005> [8 de fevereiro 2021]
- Bindé, J. (2004). *Para Onde Vão os Valores?* (pp. 231-). Instituto PIAGET.
- Bonevski, B.; Randell, M.; Paul, C.; Chapman, K.; Twyman, L.; Bryant, J.; Hughes, C. (2014) “*Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups*”. *BMC Medical Research Methodology*, 14(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-42> [1 de julho de 2021]
- Campos, A. (2020) “Portugal é um dos países que mais testes de diagnóstico fazem no mundo” *Público*, <https://www.publico.pt/2020/04/17/sociedade/noticia/portugal-ja-paises-testes-diagnostico-faz-mundo-custa-8795-euros-sns-1912477> [11 de março 2021].
- Cangussú, L. R.; Barros, I. R. P.; Lima, C. A.; Sampaio Filho, J. D. R.; Lopes, M. R. (2020) *COVID-19 and health literacy: the yell of a silent epidemic amidst the pandemic*. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 66(suppl 2), 31–33. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.s2.31> [27 de fevereiro de 2021]
- Cardoso, G. (2008) *Portugal in Transition to the Network Society. A Generational Divide through the Lenses of the Internet*. *Observatories*, 6, 1–24. <https://doi.org/10.15847/obsOBS232008227> [9 de junho de 2021]
- Carvalho, A. I. (2013) *Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde*. *A Saúde No Brasil Em 2030: População e Perfil Sanitário - Vol. 2*, 19–38. <https://doi.org/10.7476/9788581100166.0003> [15 de março de 2021]
- Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997) *Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean?* *Social Science & Medicine*, 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3) [28 de Janeiro de 2021]
- Chiu, H.-T.; Tsai, H.-W.; Kuo, K. N.; Leung, A. Y. M.; Chang, Y.-M.; Lee, P.-H.; Hou, W.-H. (2020) Exploring the Influencing Factors of Health Literacy among Older Adults: A Cross-Sectional Survey. *Medicina*, 56(7), 330. <https://doi.org/10.3390/medicina56070330> [17 de maio de 2021]

Instituto de Higiene e Medicina “COVID-19 e as luvas: deve-se usar?”
<https://www.ihmt.unl.pt/covid-e-as-luvas-deve-se-usar/> [4 de maio de 2021]

Polígrafo (2020) “*As sete fake news defendidas pela polémica plataforma “Médicos Pela Verdade”*” https://poligrafo.sapo.pt/saude/artigos/as-sete-fake-news-sobre-a-covid-19-defendidas-pela-plataforma-medicos-pela-verdade?utm_source=snippet_sapo&utm_medium=web&utm_campaign=button_viewmore e [6 de abril de 2021)

Crisóstomo, S.; Matos, A. R.; Borges, M.; Santos, M. (2019). *O Facebook faz bem à saúde? O caso “MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde” em Portugal*. Revista Brasileira de Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, 21(2), 123–133. <https://doi.org/10.21722/rbps.v21i2.29085> [16 de fevereiro de 2021]

Cron Dahl, K.; Eklund Karlsson, L. (2016) *The Nexus Between Health Literacy and Empowerment*. SAGE Open, 6(2). <https://doi.org/10.1177/2158244016646410> [14 de fevereiro 2021]

Delors, J. (2004). “Por uma Educação para Todos ao Longo da Vida” in Bindé, J. (ed) *Para Onde Vão os Valores?* Lisboa: Instituto PIAGET, 233–239

DGS. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde Portugal 2019-2021, 6. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx> [30 de março de 2020]

DGS “Perguntas Frequentes” <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/> [16 de março de 2021]

Drow, E. T. H.; Drah, S. I.; Daer, O. T. (2012) *Act now. For 1 in 5 Europeans, the world is hard to read*, European Commission.

Wiley Online Library “Social Gradient” <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118410868.wbehibs530> [4 de setembro 2020]

Drapkina, O.; da Graça Freitas; M., Mikkelsen; B., Breda, J.; Salakhov, E.; Lopatina, M.; Telo de Arriaga, M. (2019) *The WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Public Health Panorama, 197–200.

- Eichler, K.; Wieser, S.; Brügger, U. (2009) *The costs of limited health literacy: A systematic review*. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313–324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2> [28 de Janeiro de 2021]
- Ekman, I.; Swedberg, K.; Taft, C.; Lindseth, A.; Norberg, A.; Brink, E.; Sunnerhagen, K. S. (2011) *Person-centered care - Ready for prime time*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008> [15 de fevereiro de 2021]
- Elwyn, G.; Laitner, S.; Coulter, A.; Walker, E.; Watson P, T. R. (2013) *Shared Decision-Making Fact Sheet - December 2013*. *Bmj*, (December), 1–2. https://www.healthit.gov/sites/default/files/nlc_shared_decision_making_fact_sheet.pdf [18 de maio de 2021]
- Espanha, R. (2020). *A Literacia em Saúde e a Comunicação de Risco em Saúde Pública - Health Literacy and Public Health Risk Communication*. *Comunicação Pública*, 15(Vol.15 no 29). <https://doi.org/10.4000/cp.11303> [19 de fevereiro de 2021]
- Espanha, R.; Ávila, P.; Mendes, R. V. (2016) *Literacia em saúde em Portugal- relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian. <http://www.gulbenkian.pt> [22 de Janeiro de 2021]
- Eyübođlu, E.; Schulz, P. J. (2016) *Do health literacy and patient empowerment affect self-care behaviour? A survey study among Turkish patients with diabetes*. *BMJ Open*, 6(3), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010186> [14 de fevereiro de 2021]
- Fernandes, J. (2020) O medo é um vírus e a informação é a vacina. Público. Retrieved from <https://www.publico.pt/2020/02/29/mundo/opiniaio/medo-virus-informacao-vacina-1905931> [15 de março de 2021]
- Ferreira, V. (1986) “O Inquérito por Questionário na Construção de dados Sociológicos” in Santos Silva, Augusto; Pinto, José (eds.) *Metodologia das Ciências Sociais*, Lisboa: Afrontamento, 165–196.
- Firmino, M. J. (2015). Testes de hipóteses: uma abordagem não paramétrica, 107. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/18146/1/ulfc113805_tm_Maria_Jos%c3%a9_Firmino.pdf [23 de julho de 2021]

Fischetti, M.; Falconieri, V.; Glaunsinger, B.; Christiansen, J. (2020). Scientific American. <https://www.scientificamerican.com/article/a-visual-guide-to-the-sars-cov-2-coronavirus/> [11 de março de 2021]

Fisher, M. (2020) “*Coronavirus “Hits all the hot buttons” for how we misjudge risk*”, The New York Times. <https://www.nytimes.com/2020/02/13/world/asia/coronavirus-risk-interpret.html> [23 de Fevereiro de 2021]

Fortin, Marie-Fabienne (1999) *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização* (5 ed.). Loures: Lusodidacta

Gascueña, D. (2020) “*An Infodemic: Fake News and COVID-19*”, Open Mind BBVA <https://www.bbvaopenmind.com/en/humanities/communications/an-infodemic-fake-news-and-covid-19/> [3 de abril de 2021]

Gates, B. (2015) “The next outbreak? We are not ready” https://www.youtube.com/watch?v=6Af6b_wyiwI&t=516s [8 de abril de 2021]

Gee, C. B. (2008) *Introduction Social Linguistics and Literacies* (3rd ed.). New York: Routledge, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10632910109599992> [21 de outubro 2020]

Gomes, I.; Santos, N. L. (2004) *Literacia: da escola ao trabalho*. Revista Da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, (1), 169–177. <http://hdl.handle.net/10284/636> [1 de Julho 2021]

Gonçalves, A. M. (2015) *Literacia em Saúde e Utilização dos Serviços de Saúde*. Tese de mestrado em Gestão das Organizações. Instituto Politécnico Do Porto, [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia em Saúde.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia%20em%20Saude.pdf) [9 de setembro de 2020]

Hamaguchi, R.; Nematollahi, S.; Minter, D. J. (2020). *Picture of a pandemic: Visual aids in the COVID-19 crisis*. Journal of Public Health: United Kingdom, 42(3), 483–485. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa080> [7 de abril 2021]

Hartley, J.; McWilliam, K.; Burgess, J.; Banks, J. (2008) *The Uses of Multimedia: Three Digital Literacy Case Studies*. Media International Australia, 128(1), 59–72. <https://doi.org/10.1177/1329878X0812800108> [1 de junho 2020]

INE “Indicador Envelhecimento”

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt [25 de janeiro 2021]

INE “Acesso á Internet”

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=354447559&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt [25 de janeiro 2021]

The International Press Institute. (2015) *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio: guia de reportagem: cobertura jornalística dos compromissos de desenvolvimento para 2015 e anos seguintes*. https://ipi.media/wpcontent/uploads/2016/10/GuideToMDGs_Portuguese_webready.pdf [23 de julho de 2021]

Ishikawa, H.; Yano, E. (2008) *Patient health literacy and participation in the health-care process*. *Health Expectations*, 11(2), 113–122. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x> [28 de janeiro 2020]

Jones-Jang, S. M.; Mortensen, T.; & Liu, J. (2021). *Does Media Literacy Help Identification of Fake News? Information Literacy Helps, but Other Literacies Do not*. *American Behavioral Scientist*, 65(2), 371–388. <https://doi.org/10.1177/0002764219869406> [5 de abril 2020]

Kickbusch, I.; Maag, D. (2008). Health Literacy. *Encyclopedia of Virology* (Vol. 4).

WHO (2013) *Health Literacy - The Solid Facts*. Denmark, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> [15 de janeiro de 2020]

Landis, J.; Koch, G. (1977). *The measurement of observer agreement for categorical data*. In *Biometrics*, 33-159.

Lankshear, C.; Knobel, M. (2003). *New Literacies: Changing Knowledge and Classroom Learning*, 3-23 <https://researchonline.jcu.edu.au/1796/> [20 de outubro de 2020]

Liljas, A. E. M.; Walters, K.; Jovicic, A.; Iliffe, S.; Manthorpe, J.; Goodman, C.; Kharicha, K. (2019) *Engaging “hard to reach” groups in health promotion: The views of older people and professionals from a qualitative study in England*. *BMC Public Health*, 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6911-1> [1 de julho de 2021]

Lopes, C.; Almeida, C. (2019). *Literacia em Saúde na Prática*, ISPA

Loureiro, L. M. de J.; Mendes, A. M. de O. C.; Barroso, T. M. M. D. de A.; Santos, J. C. P. dos; Oliveira, R. A.; Ferreira, R. O. (2012). *Literacia em saúde mental de adolescentes e*

jovens: conceitos e desafios. Revista de Enfermagem Referência, ser III (6), 157–166. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100015&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vseriIn6/serIIIIn6a15.pdf [12 de janeiro de 2021]

Matos, A. R.; Serapioni, M. (2017). *O desafio da participação cidadã nos sistemas de saúde do Sul da Europa: Uma revisão da literatura*. Cadernos de Saúde Pública (Vol. 33). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00066716> [6 de fevereiro de 2020]

Matterne, U.; Egger, N.; Tempes, J.; Tischer, C.; Lander, J.; Dierks, M. L.; Apfelbacher, C. (2021). *Health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations: Rapid scoping review*. Patient Education and Counseling, 104(2), 223–234. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.012> [4 de março de 2021]

Merriam, S.; Behrendt, H. (2020). How to encourage the right behaviour during an epidemic? <https://www.bi.team/blogs/covid-19-how-do-we-encourage-the-right-behaviours-during-an-epidemic/> [22 de fevereiro de 2021]

Morel, A. P. M. (2021). *Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica*. Trabalho, Educação e Saúde, 19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315> [7 de abril de 2021]

Diário de Notícias (2020) “15 elogios de fora a Portugal no combate ao vírus”. <https://www.dn.pt/mundo/15-elogios-vindos-de-fora-a-portugal-no-combate-ao-virus--12127038.html> [10 de março de 2021]

Niedorys, B.; Chrzan-Rodak, A.; Slusarska, B. (2020). *Health literacy a review of research using the european health literacy questionnaire (hls-eu-q16) in 2010-2018*. Pielęgniarstwo XXI Wieku, 19(1), 29–41. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2020-0001> [11 de fevereiro de 2021]

Nolasco, A.; Barona, C.; Tamayo-Fonseca, N.; Irlles, M. Á.; Más, R.; Tuells, J.; Pereyra-Zamora, P. (2020). *Health literacy: psychometric behaviour of the HLS-EU-Q16 questionnaire*. Gaceta Sanitaria, 34(4), 399–402. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.006> [11 de fevereiro de 2021]

Nutbeam, D. (2000a). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health Promotion

International, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259> [4 de setembro de 2020]

Nutbeam, D. (1986) *Health promotion glossary*. Health Promotion International, 1(1), 113–127. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.1.113> [28 de setembro de 2020]

Okan, O.; Sorensen, K.; Messer, M. (2020) *Covid-19: a guide to good practice on keeping people well informed*. The Conversation. <https://theconversation.com/covid-19-a-guide-to-good-practice-on-keeping-people-well-informed-134046> [23 de março de 2021]

Okan, O.; Sørensen, K. (2019) “From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy” in *International Handbook- Research, practice, and policy across the lifespan*: Bristol, Policy Press, 21–38 [28 de Janeiro de 2021]

Ono, H.; Zavodny, M. (2007) *Digital inequality: A five country comparison using microdata*. Social Science Research, 1135–1155. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.09.001> [1 de junho de 2020]

OPSS. (2019) *Saúde: Um Direito Humano. Relatório de Primavera 2019*. Relatório de Primavera, 1–190. <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf> [26 de janeiro de 2021]

Paakkari, L.; Okan, O. (2020) *COVID-19: health literacy is an underestimated problem*. The Lancet Public Health, e249–e250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4) [19 de fevereiro de 2021]

Paiva, D.; Silva, S.; Severo, M.; Moura-Ferreira, P.; Lunet, N.; Azevedo, A. (2017). *Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign*. Acta Medica Portuguesa, 30(12), 861–869. <https://doi.org/10.20344/amp.9135> [9 de setembro de 2020]

Pedro, A. R.; Amaral, O.; Escoval, A. (2016). *Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002> [4 de Julho de 2020]

Pignone, M. P.; DeWalt, D. A. (2006). *Literacy and health outcomes*. Journal of General Internal Medicine, 21(8), 896–897. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00545.x> [28 de janeiro de 2021]

Pordata. “Indicador de Envelhecimento”
<https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526-3744> [25 de janeiro 2021]

PORDATA “Despesas do Estado em saúde: execução orçamental em % do PIB”.
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+saúde+execução+orçamental+em+percentagem+do+PIB-855> [1 de julho de 2021]

Porter, S. R.; Whitcomb, M. E. (2005) *Non-response in student surveys: The role of demographics, engagement, and personality*. Research in Higher Education, 46(2), 127–152. <https://doi.org/10.1007/s11162-004-1597-2> [7 de maio 2021]

Priberam “Definição Infodemia” <https://dicionario.priberam.org/infodemia> [26 de fevereiro 2021]

Prior, H. (2020) *Comunicación Pública de Riesgo en tiempos de Pandemia: las respuestas de Portugal a la COVID-19*. Mas Poder Local, 41, 6–11. <http://maspoderlocal.es/files/articulos/portugal-comunicacion-publica-covid-19-mpl41.pdf> [20 de fevereiro 2020]

Ordem dos Psicólogos “Fadiga da pandemia”
https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc_covid_19_fadiga_pandemia.pdf [7 de Abril]

Quaglio, G.; Sørensen, K.; Rübiger, P.; Bertinato, L.; Brand, H.; Karapiperis, T.; Dario, C. (2016) *Accelerating the health literacy agenda in Europe*. Health Promotion International, 32(6), daw028. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw028> [9 de setembro 2020]

Ribeiro, V. M. (1997). *Alfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa*. Educação & Sociedade, 18(60), 144–158. <https://doi.org/10.1590/s0101-73301997000300009> [27 de outubro 2020]

Rodrigues, S. (2020) “Covid-19: Afinal, o que é a segunda vaga? Já há uma definição.” Visão Saúde, <http://visao.sapo.pt/visaosaude/2020-07-24-covid-19-afinal-o-que-e-a-segunda-onda-ja-ha-uma-definicao/> [11 de março 2021]

Rodrigues, T. (2021) “Do milagre ao pesadelo: um ano de pandemia em Portugal visto lá fora”, Jornal de Notícias <https://www.jn.pt/nacional/do-milagre-ao-pesadelo-um-ano-de-pandemia-em-portugal-visto-la-fora-13376340.html> [11 de março de 2021]

Rowlands, G.; Russell, S.; O'donnell, A.; Kaner, E.; Trezona, A.; Rademakers, J.; Nutbeam, D. (2018) *What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373614/Health-evidence-network-synthesis-WHO-HEN-Report-57.pdf?ua=1 [10 de setembro 2020]

Santos, O. (2010) O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal, https://www.researchgate.net/publication/258225586_O_papel_da_literacia_em_Saude_capcitando_a_pessoa_com_excesso_de_peso_para_o_controlo_e_reducao_da_carga_ponderal [31 de março de 2020]

Séneca, H. (2021) “Portugueses aderem menos ao confinamento que em março. Mobilidade aproxima-se da média pré-pandemia”, Expresso. <https://expresso.pt/sociedade/2021-01-31-Portugueses-aderem-menos-ao-confinamento-que-em-marco.-Mobilidade-aproxima-se-da-media-pre-pandemia>

Sentell, T.; Vamos, S.; Okan, O. (2020). *Interdisciplinary perspectives on health literacy research around the world: More important than ever in a time of covid-19*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(9), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093010> [20 de fevereiro 2020]

Serapioni, M.; Ferreira, P. L.; Antunes, P. (2014). *Participação em saúde: conceitos e conteúdos* *Participação em Saúde: Conceitos e Conteúdos*, Cadernos de Saúde Pública <https://doi.org/10.14195/2183-203X> [6 de fevereiro 2021]

Serrão, C.; Veiga, S.; Vieira, I. (2015). *Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas*. Portuguese Journal of Mental Health Nursing, 2(Spe. 2), 33–38. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0006> [9 de setembro 2020]

Silva, J.; Silva, C.; Alexandre, B.; & Morgado, P. (2020) Health literacy of inland population in the mitigation phase 3.2 of Covid-19's pandemic in Portugal - a descriptive cohort study.

Simonds, S. K. (1974) *Health Education as Social Policy*. Health Education Monographs, 2, 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020s102> [25 de setembro 2020]

Smith, B.; Magnani, J. W. (2019) *New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy*. International Journal of Cardiology, 292, 280–282. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.05.066> [3 de março 2021]

Smith, W. G. (2008) *Does gender influence online survey participation? A record-linkage analysis of university faculty online survey response behaviour*. Eric Ed501717, 501717, 1–21. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED501717.pdf> [7 de maio 2021]

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*. BMC Public Health, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80> [23 de Janeiro de 2021]

Speros, C. (2005) *Health literacy: Concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 50(6), 633–640. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x> [9 de fevereiro 2021]

Storms, H.; Claes, N.; Aertgeerts, B.; Van Den Broucke, S. (2017). *Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire*. BMC Public Health, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4391-8> [11 de fevereiro 2021]

Sudore, R. L.; Landefeld, C. S.; Pérez-Stable, E. J.; Bibbins-Domingo, K.; Williams, B. A.; Schillinger, D. (2009) *Unravelling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication*. Patient Education and Counseling, 75(3), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.019> [28 de janeiro 2021]

UNESCO “Literacy” Retrieved <https://en.unesco.org/themes/literacy> [4 de janeiro 2021]

UNESCO. (1965). “World Conference of ministers of Education on the Eradication of Illiteracy”. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000126383> [20 de outubro de 2020]

UNESCO. (2016) “Sustainable Development Goal 4 (SDG 4)” <https://sdg4education2030.org/the-goal> (4 de janeiro de 2021)

Van den Broucke, S. (2020). *Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa*. Health Promotion International, 35(2), 181–186. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042> [20 de fevereiro 2020]

- WHO. (2018) “*Comunicação de riscos em emergências de saúde pública*” <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789248550201-por.pdf?ua=1> [19 de março de 2020]
- WHO. (2020) “*Protect yourself and others from COVID-19*”. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> [16 de março 2021]
- WHO. (2021) “Ebola” https://www.who.int/health-topics/ebola/#tab=tab_1 [8 de abril 2021]
- Williamson, L. (2014) *Patient and Citizen Participation in Health: The Need for Improved Ethical Support*. American Journal of Bioethics, 14(6), 4–16. <https://doi.org/10.1080/15265161.2014.900139> [28 de janeiro 2021]
- Wittink, H.; Oosterhaven, J. (2018) *Patient education and health literacy*. *Musculoskeletal Science and Practice* 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.06.004> [28 de janeiro 2021]
- Wojtowicz, A. (2020) *Addressing Health Misinformation with Health Literacy Strategies*. Addressing Health Misinformation with Health Literacy Strategies. <https://doi.org/10.17226/26021> [27 de fevereiro 2021]
- WHO. (1978). Declaração de alma-ata: Conferencia Internacional de Cuidados Primários,
- Zarcadoolas, C.; Pleasant, A.; Greer, D. S. (2005). *Understanding health literacy: An expanded model*. Health Promotion International, 20(2), 195–203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609> [9 de abril 2020]
- Zarocostas, J. (2020). *How to fight an infodemic*. Lancet (London, England), 395(10225), 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X) [26 de fevereiro 2021]