



Eva Sofia Quinteiro dos Santos

LITERACIA EM SAÚDE NA POPULAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada por Pedro
Lopes Ferreira e Vítor Raposo e apresentada à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra

Outubro de 2021



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eva Sofia Quinteiro dos Santos

Literacia em Saúde na população do Ensino Superior da Universidade de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau
de Mestre

Orientadores:

Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Professor Doutor Vítor Raposo

Coimbra, 31 de outubro de 2021

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos.”

Provérbios 16:3

Agradecimentos

Uma dissertação é uma longa viagem que envolve inúmeros desafios, é o fim de mais uma etapa do meu percurso acadêmico, que apenas foi possível com o apoio das pessoas que sempre estiveram presentes.

Primeiramente quero agradecer a todos os meus professores do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde pela formação e conhecimento que recebi ao longo do primeiro ano, pois sem isto, realizar uma dissertação não seria possível.

Agradeço também aos meus orientadores, ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e ao Professor Doutor Vítor Raposo, por me terem auxiliado na escolha do tema, e que em conjunto apresentaram toda a disponibilidade para o sucesso desta dissertação.

Um agradecimento especial à minha mãe, a minha Guidinha, que mesmo estando longe está sempre presente. Sem ela com certeza não estaria onde estou hoje nem seria quem sou.

À minha amiga Beatriz Saraiva, por se ter tornado uma pessoa importante na minha vida e que nos momentos mais complicados tem sempre uma palavra de encorajamento.

Finalmente, a todos os meus amigos, um agradecimento pela amizade, e à minha família um agradecimento pelo incentivo ao longo de todo o meu percurso acadêmico.

A todos, muito obrigada!

Resumo

A Literacia em Saúde é fundamental para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para a utilização eficaz e eficiente dos serviços de saúde disponíveis, sendo importante também para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Níveis inadequados de Literacia em Saúde podem ter implicações significativas nos resultados em saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde tornando-se importante medir o nível de literacia da população portuguesa, especialmente em grupos específicos. Em Portugal a investigação nesta área no ensino superior é ainda insuficiente, tornando-se fundamental desenvolver estudos que aprofundem o seu conhecimento.

O objetivo deste trabalho é identificar o nível de Literacia em Saúde da população do ensino superior da Universidade de Coimbra (UC), analisando-se o grupo dos estudantes e docentes/investigadores, e avaliar a associação com as áreas de conhecimento e com o comportamento de procura de informação.

Tendo por base os dados recolhidos com o questionário HLS-EU-Q16, foi realizado um estudo do tipo observacional, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Para além da análise e descrição das variáveis, procurou-se analisar e explicar a relação entre estas através de um estudo correlacional.

O questionário HLS-EU-Q16 aplicado evidencia uma consistência interna muito boa, com valores do alfa de Cronbach entre 0,753 e 0,836 nos três domínios da literacia, e 0,915 no índice global, sendo comparável a versões utilizadas por outros países. Na população universitária da UC verifica-se que 58,6% dos inquiridos apresentam um nível de Literacia em Saúde suficiente ou excelente. Por outro lado, 41,4% dos inquiridos apresenta um nível de Literacia em Saúde problemático ou inadequado. O índice de Literacia em Saúde foi maior no domínio dos cuidados de saúde (35,6), e menor no domínio da prevenção da doença (33,7).

Conclui-se que apesar da maioria da amostra apresentar um nível suficiente de Literacia em Saúde, também existe uma grande percentagem (41,4%) com Literacia em Saúde insuficiente ou problemática. As universidades não devem presumir que todos os alunos têm as capacidades adequadas para agir no dia-a-dia. Esforços colaborativos entre docentes, funcionários do ensino superior e profissionais de saúde devem ser uma

prioridade para o desenvolvimento de programas de educação na saúde tendo por objetivo a melhoria das competências de Literacia em Saúde funcional e crítica da população do ensino superior.

Palavras-chave: Literacia em Saúde; Cuidados em saúde; Prevenção da doença; Promoção da saúde; HLS-EU-Q16.

Abstract

Health literacy is essential for health promotion, disease prevention and the effective and efficient use of available healthcare services. Besides that, it is also important for the sustainability of the National Health Service (NHS). Inadequate levels of health literacy can have significant implications for healthcare outcomes and, consequently, for healthcare expenditures. Therefore, it is important to measure the health literacy level of the Portuguese population, especially in particular groups. Thus, and given that research on health literacy in higher education in Portugal is still insufficient, it is essential to develop studies that reflect reality.

The aim of this study is to identify the health literacy levels of the population of higher education at the University of Coimbra (UC) by analyzing the group of students and professors/researchers, and to evaluate an association with the areas of knowledge and with the information-seeking behavior.

Based on data collected after the application of the HLS-EU-Q16 questionnaire, an observational, descriptive, cross-sectional study was carried out with a quantitative approach. In addition to analyzing and describing the variables, an attempt was made to analyze and explain the relationship between them through a correlational study.

The HLS-EU-Q16 applied shows excellent psychometric properties, especially a good internal consistency, with Cronbach's alpha values between 0.753 and 0.836 in the three literacy domains and 0.915 in the global index, being comparable to versions used by other countries. In the UC's population it appears that 58.6% of individuals have sufficient or excellent levels of health literacy. On the other hand, 41.4% of participants have a problematic or inadequate level of health literacy. In addition, the health literacy index was higher in the healthcare domain (35.6) and lower in the disease prevention domain (33.7).

It is concluded that, despite most of the sample presenting a sufficient or excellent level of health literacy, there is also a large percentage (41.4%) with insufficient or problematic health literacy. Universities should not assume that all students have the proper skills to act on a day-to-day basis. Collaborative efforts between professors, university staff and healthcare professionals should be a priority for the development of healthcare education

programs to improve the functional and critical health literacy skills of students and professors.

Keywords: Health literacy; Healthcare; Disease prevention; Health promotion; HLS-EU-Q16.

Índice

Índice de Figuras	xiii
Índice de Gráficos.....	xiv
Índice de Tabelas	xv
Lista de Siglas e Acrónimos.....	xvi
1. Introdução.....	1
2. Literacia em Saúde	5
2.1. Conceito de Literacia em Saúde	5
2.2. Dimensões da Literacia em Saúde.....	12
2.3. Importância da Literacia em Saúde.....	16
2.4. Determinantes da Literacia em Saúde	19
2.5. Promover a Literacia em Saúde.....	21
2.5.1. Plano de ação para a Literacia em Saúde 2019-2021	21
2.5.2. Decisão partilhada em saúde.....	24
2.6. Navegar no sistema de saúde	26
2.7. Literacia em Saúde Digital	29
2.8. Literacia em Saúde em Portugal e na Europa	34
3. Metodologia	43
3.1. Objetivos e hipóteses de estudo	43
3.2. Desenho e procedimentos	44
3.3. Instrumento de medição.....	44
3.4. Análise estatística.....	45
3.5. Considerações éticas.....	46
3.6. Medição da Literacia em Saúde	47
3.7. Literacia em Saúde no Ensino Superior	48
4. Resultados	51

4.1.	Instrumentos de Medição	51
4.2.	Determinantes da Literacia em Saúde na população do Ensino Superior.....	59
4.3.	Descrição do estudo e da amostra	65
4.3.1.	Descrição sociodemográfica	66
4.4.	Hipóteses em estudo.....	72
4.5.	Validação da escala	79
4.6.	Literacia em Saúde	80
	Nível de literacia global	81
	Cuidados de saúde.....	82
	Prevenção da doença	83
	Promoção da saúde	84
4.6.1.	Síntese dos resultados	86
5.	Discussão de resultados	89
6.	Conclusão	99
	Referências bibliográficas	103

Índice de Figuras

Figura 1 - Aspetos de potencial intervenção na estrutura da Literacia em Saúde. Adaptado de: Nielsen-Bohlman et al., 2004	8
Figura 2 – Modelo integrado da Literacia em Saúde. Adaptado de: Sørensen, 2013.....	10
Figura 3 - Literacia em Saúde ao longo do ciclo de vida. Retirado de: Telo de Arriaga et al., 2019	22
Figura 4 - Estrutura conceptual para serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Adaptado de: WHO, 2015.....	25
Figura 5 - As principais tarefas da LS-NAV. Adaptado de: Griese et al., 2020.....	27
Figura 6 - Países que integraram a primeira fase do HLS-EU. Adaptado de: Pedro, 2018..	35
Figura 7 - Índices de Literacia em Saúde em Portugal e na Europa. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016	36
Figura 8 - Níveis de Literacia em Saúde em Portugal e nos países participantes no HLS-EU. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016.....	36
Figura 9 - Níveis de literacia em cuidados de saúde em Portugal e nos países participantes no HLS-EU. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016.....	37
Figura 10 - Níveis de literacia em prevenção da doença, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016.....	38
Figura 11 - Níveis de literacia em promoção da saúde, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016.....	39
Figura 12 - Níveis de Literacia em Saúde e idade. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016 ...	40
Figura 13 - Níveis de Literacia em Saúde e escolaridade. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016	40
Figura 14 - Fluxograma do processo de revisão	48
Figura 15 - Fluxograma do processo de revisão	50

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Janela de tempo das respostas ao questionário HLS-EU-Q16.....	66
Gráfico 2 - Grupo de doenças crónicas.....	70
Gráfico 3 – Meios de procura de informação relacionada com a saúde	71
Gráfico 4 - Índices médios de Literacia em Saúde.....	81
Gráfico 5 – Itens do HLS-EU-Q16 do domínio cuidados de saúde	82
Gráfico 6 – Itens do HLS-EU-16 correspondentes ao domínio prevenção da doença	83
Gráfico 7 – Itens do HLS-EU-Q16 no domínio da promoção da saúde	85
Gráfico 8 – Média dos índices de Literacia em Saúde. Adaptado de: Pedro, 2018	95
Gráfico 9 - Nível de literacia na população portuguesa VS população do ensino superior da Universidade de Coimbra. Adaptado de: Pedro et al., 2016.....	97

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Matriz da combinação das dimensões e domínios em saúde. Adaptado de: Sørensen et al., 2012	13
Tabela 2 – Três níveis de literacia descritos por Nutbeam. Adaptado de: Nutbeam, 2000b	14
Tabela 3 - Dados sociodemográficos (n=1210)	66
Tabela 4 - Caracterização dos estudantes (n=904)	68
Tabela 5 - Caracterização dos docentes/Investigadores/Outros (n=306).....	69
Tabela 6 - Dados de saúde da amostra (n=1208)	69
Tabela 7 - Frequência do nível de Literacia em Saúde em função da idade (n=871)	72
Tabela 8 - Frequência do nível de Literacia em Saúde em função da idade (n=300)	73
Tabela 9 - Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e o género.....	74
Tabela 10 – Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e a função desempenhada	75
Tabela 11 – Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e pertencer a uma faculdade ligada à saúde	76
Tabela 12 - Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e ser um docente/investigador ligado à saúde.	77
Tabela 13 - Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e o contexto familiar	78
Tabela 14 - Fiabilidade.....	79
Tabela 15 - Correlação de Pearson entre o índice global de Literacia em Saúde e os seus domínios	80
Tabela 16 – Nível de Literacia em Saúde: índice global (n=1171)	81
Tabela 17 – Nível de Literacia em Saúde: cuidados de saúde (n =1150)	83
Tabela 18 – Nível de Literacia em Saúde: prevenção da doença (n=1174)	84
Tabela 19 – Nível de Literacia em Saúde: promoção da saúde (n=1085)	85
Tabela 20 – Média dos itens do questionário HLS-EU-Q16 em função dos domínios da Literacia em Saúde	86

Lista de Siglas e Acrónimos

CNTS – Centro Nacional de Telessaúde

DGS – Direção Geral da Saúde

eHEALS - The eHealth Literacy Scale

eHealth - Electronic Health

et al. – e outros [autores]

EUA – Estados Unidos da América

HLS19 - The Health Literacy Population Survey Project 2019-2021 (Projeto de pesquisa na população de Literacia em Saúde 2019-2021)

HLS – EU - Q – European Health Literacy Survey Questionnaire

HLQ – Health Literacy Questionnaire

ILS – PT - Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal

IOM – Institute of Medicine

IPSS's - Instituições Particulares de Solidariedade Social

LEDTS – Linhas Estratégicas de Desenvolvimento para a Telessaúde

LS-NAV – Literacia em Saúde de navegação

NVS – Newest Vital Sign

NVS - PT – Newest Vital Sign (Portuguese version)

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG's - Organizações Não Governamentais

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

REALM – Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

TICs - Tecnologias de informação e comunicação

TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults

UC – Universidade de Coimbra

UE – União Europeia

1. Introdução

O termo “Literacia em Saúde” foi usado pela primeira vez no contexto da educação para a saúde há mais de quarenta anos, em 1974, com o estabelecimento dos modelos de Literacia em Saúde no contexto escolar. Presentemente é considerado um conceito importante para os profissionais de saúde, professores e cidadãos no geral, constituindo-se como um importante constructo no âmbito de uma verdadeira abordagem de saúde em todas as políticas (Simonds, 1974).

A Literacia em Saúde é fundamental para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para a utilização eficaz e eficiente dos serviços de saúde disponíveis. Para além disso, é também importante para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo que colocar a saúde e a Literacia em Saúde no centro da política nacional e internacional tem sido cada vez mais uma constante. A Literacia em Saúde apresenta-se como uma prioridade de saúde pública e, simultaneamente, como um desafio para toda a sociedade no que toca à disseminação de conhecimento e utilização do mesmo, permitindo melhores escolhas para um estilo de vida mais saudável e um maior entendimento do funcionamento do SNS (Telo de Arriaga et al., 2019).

Os resultados obtidos no setor da saúde serão, talvez, um dos maiores sucessos das políticas públicas que têm vindo a ser desenhadas. Estas permitiram uma trajetória de contínua convergência com os mais desenvolvidos sistemas de saúde europeus, sendo o português considerado um exemplo para muitos. Em pleno século XXI, nunca foi tão fácil a conexão e a formulação de ideias inovadoras na resolução de problemas. A partilha de informação e do conhecimento facilitam a mudança de necessidades e comportamentos dos utentes, o que tem forçado muitos setores a transformar a forma como prestam serviços e como os apresentam aos utentes (Pedro, 2018; Ribeiro, 2019).

Nos últimos anos, diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de Literacia em Saúde pode ter implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde. Mais ainda, em literatura internacional foi demonstrado que existe uma relação entre o baixo nível de Literacia em Saúde e alguns subgrupos da população, o que implica a promoção e implementação de iniciativas e medidas, adaptadas e personalizadas, para estes grupos

alvos, que no fim vão ser os que mais vão beneficiar destas (Dolezel et al., 2020; Ickes MEd et al., 2010; Sørensen et al., 2015; Vaz de Almeida et al., 2019).

Com a melhoria das condições do sistema de saúde em Portugal e na transmissão de informação relativamente à saúde, elementos chave como a necessidade de personalizar o conteúdo a expor para diferentes níveis sociais, culturais, populacionais e próprios, foram evoluindo. Assim, os conteúdos têm sido progressivamente e especificamente desenhados para cada pessoa ou para cada grupo-alvo, demonstrando, os benefícios da adoção de um estilo de vida mais saudável e também, da importância do próprio utente estar envolvido na tomada de decisão, no que respeita à sua saúde (Rodrigues, 2018).

Estamos perante um desafio multidimensional que se relaciona com o grau e o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais das pessoas para melhor acederem, usarem, compreenderem, avaliarem e interpretarem o sistema de saúde e as informações em saúde e, assim, tomarem decisões fundamentadas para manterem a sua saúde ao longo da sua vida. Tendo em conta os fatores biológicos, psicológicos e sociais e os seus determinantes, deve haver também o desenvolvimento de uma relação clínica e de comunicação (uso de linguagem apropriada para que o utente possa entender) que promova melhores resultados em saúde (Jordan et al., 2009; Pedro, 2018; Porr et al., 2006; Vaz de Almeida et al., 2019).

A literacia limitada em saúde está associada a diversos fatores como a demografia e as condições de saúde, bem como a dificuldade na navegação no SNS e até na falta de competências digitais que atualmente são uma fonte predominante de disseminação de informação. Ao longo dos últimos anos, as organizações de saúde têm vindo a fazer um esforço no sentido de se adaptarem e de acompanharem estas transformações e as necessidades da sociedade nas áreas da informação e do conhecimento, desenvolvendo novos meios de resposta para os cidadãos, novas vias de comunicação e de transmissão da informação (Loureiro, 2015; Pedro, 2018).

A pandemia que se vive nos dias de hoje tem trazido desafios acrescidos, assim é crítico que seja fornecido a indivíduos com nível insuficiente em Literacia em Saúde, suporte tecnológico e prático para poderem ultrapassar barreiras relativamente à disseminação e compreensão da informação. Algumas aplicações de telemóvel podem apresentar a

vantagem de fornecer, a estes mesmos indivíduos, a prestação de serviços de saúde interativos e personalizados de acordo com o seu nível de Literacia em Saúde.

Em Portugal as investigações sobre Literacia em Saúde são ainda insuficientes, especialmente no ensino superior, tornando-se fundamental desenvolver estudos que espelhem a realidade. Assim, e tendo em conta a importância do tema e a falta de informação a nível nacional, o objetivo desta dissertação é identificar o nível de Literacia em Saúde da população do ensino superior da Universidade de Coimbra (UC) e avaliar a associação com as áreas de conhecimento e com o comportamento de procura de informação.

Para a elaboração desta dissertação foram consultadas as bases de dados: PubMed®, B-On®, Google Scholar e Scielo®. As pesquisas foram realizadas entre o Outono de 2020 e o Outono de 2021.

Este trabalho de investigação começa por apresentar, no ponto 2 (Literacia em Saúde), uma definição e contextualização dos conceitos fundamentais abordados neste trabalho, como o conceito de literacia em saúde, os seus determinantes e outros temas relevantes, bem como uma panorâmica a nível nacional e internacional da literacia em saúde.

De seguida, o ponto 3 (Literacia em Saúde no Ensino Superior) é dedicado exclusivamente à literacia em saúde na população do ensino superior procurando identificar as áreas de maior importância analisadas neste contexto.

No ponto 4 (Metodologia), são apresentados os objetivos e hipóteses de estudo, o desenho dos procedimentos seguidos para a recolha dos dados, o instrumento de medição utilizado, a análise estatística a efetuar e as considerações éticas observadas.

Depois, no ponto 5 (Resultados), são apresentados os principais resultados deste estudo tendo em conta a validação da escala utilizada, a descrição do estudo e da amostra, os resultados da literacia em saúde nas diferentes dimensões abordadas e das hipóteses testadas.

De seguida, no ponto 6 (Discussão de resultados), são discutidos os resultados apresentados no ponto anterior tendo em conta a revisão teórica e os resultados obtidos

por outros autores, tendo por referencial os objetivos propostos neste trabalho de investigação.

Finalmente, no ponto 7 (Conclusão), são apresentadas as principais conclusões deste trabalho, algumas sugestões de ação para a melhoria da literacia em saúde, as limitações associadas ao estudo e possíveis linhas de investigação futura.

2. Literacia em Saúde

Este capítulo apresenta uma definição e contextualização dos conceitos fundamentais abordados neste trabalho, como o conceito de Literacia em Saúde, os seus determinantes e outros temas relevantes, expondo-se também uma panorâmica a nível nacional e internacional da Literacia em Saúde.

2.1. Conceito de Literacia em Saúde

A reforma do SNS em Portugal e a reformulação de muitos dos seus processos apresentou a promoção da Literacia em Saúde como um dos objetivos principais a alcançar. Esta tomou um destaque nos domínios da saúde pública e dos cuidados de saúde, sendo apoiada fortemente pela tomada de decisão partilhada entre utente e clínico e, pelo aumento da interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde (Pedro, 2018; Ribeiro, 2019).

Estudos indicam que o nível de literacia da população mundial aumentou drasticamente nos últimos dois séculos. Observou-se que no século XIX aproximadamente 12% da população era alfabetizada, enquanto que, em pleno século XXI a situação reverteu-se e, apenas 14% da população é analfabeta (Roser & Ortiz-Ospina, 2016). É importante referir que o conceito de literacia se distingue do conceito de alfabetização, pois a primeira é mais do que um ato de saber ler e escrever, é um processo dinâmico que permite ao indivíduo o uso de determinadas aptidões de modo a atingir objetivos específicos. Por sua vez, a alfabetização é um condutor para o aumento do nível de literacia (Miranda Cruz, 2013).

A literacia é considerada uma competência multidimensional que existe em um continuum. Literacia em Saúde distingue-se de literacia uma vez que literacia está relacionada com o conjunto de competências de leitura, escrita, matemática básica, comunicação e compreensão, enquanto o conceito de Literacia em Saúde faz a ponte entre a literacia e as competências de cada um no contexto da saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004 p.32; Peerson & Saunders, 2009).

O termo Literacia em Saúde foi introduzido pela primeira vez em 1970 tomando uma importância crescente em saúde e cuidados de saúde (Simonds, 1974). Lyman definiu

literacia como a habilidade de compreender matérias, ler criticamente, usar materiais complexos e aprender por si mesmo (Lyman, 1979). Baixos níveis de literacia apresentam um efeito negativo na saúde de cada indivíduo ao limitar o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural, que por sua vez irá dificultar o progresso na Literacia em Saúde (Nutbeam & Kickbusch, 1998).

Nutbeam (2000b) define Literacia em Saúde como as competências pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade de acesso para cada cidadão, e a capacidade de compreensão e de utilizar a informação para promover ou manter o seu estado de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Literacia em Saúde “representa o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e habilidade individual de acessar, entender e utilizar a informação de maneira a promover e manter um bom nível de saúde” (Nutbeam & Kickbusch, 1998).

Outra definição do conceito, pela American Medical Association’s Ad Hoc Committee, em 1999, seria o conjunto de competências que incluíam a capacidade de leitura básica e de realizar tarefas numéricas pertinentes para funcionar no meio da saúde. Incluía ainda a capacidade de ler e compreender o que estava descrito nos frascos de remédios prescritos e em outros materiais relacionados com a saúde (Baker, 2006).

De acordo com o Instituto de Medicina (*Institute of Medicine* - IOM), o conceito relaciona-se com a capacidade individual de obter, processar e entender informação básica em saúde, bem como lidar com os serviços necessários para tomar decisões de saúde apropriadas (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Ainda, para Zarcadoolas *et al* (2005), Literacia em Saúde compreende as competências que as pessoas podem desenvolver para pesquisar, compreender, avaliar e utilizar a informação e conceitos de saúde de forma a serem capazes de tomar decisões informadas e assim poderem reduzir riscos para a sua saúde e aumentarem a própria qualidade de vida (Zarcadoolas et al., 2005).

Em 2006, David Baker, reconheceu que o campo da Literacia em Saúde aumentou em escopo e profundidade, e que o termo em si pode apresentar significados diferentes para

diferentes investigadores, tornando-se um conceito disruptivo com uma necessidade de debate para maior clarificação (Baker, 2006).

Assim, a Literacia em Saúde é um conceito em constante evolução, e pode entender-se como uma partilha de múltiplos fatores, tanto individuais, como socioculturais e económicos. Não é simplesmente o facto de cada um saber ler e escrever mas, com a capacidade de utilizar estas competências, que incluem também o cálculo, e serem capazes de dar resposta aos desafios que emergem diariamente. Para além disso, é ainda um processo dinâmico que implica que o utente assuma um lugar central na tomada de decisão no que respeita a assuntos da sua saúde (Miranda Cruz, 2013; Vaz de Almeida et al., 2019; Zarcadoolas et al., 2005).

Uma definição clara do conceito de Literacia em Saúde pode guiar o sistema de saúde na criação e implementação de políticas com o objetivo de resolver as incompatibilidades entre as necessidades individuais e as exigências do sistema de saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

A Literacia em Saúde pode ser pensada como estática ou dinâmica, o que impactará o conceito e a sua forma de medição. A maior parte das definições admite que as competências em Literacia em Saúde podem aumentar com intervenções, o que não costuma acontecer na idade adulta, considerando-a estática e que só necessitaria de ser medida uma vez. Ainda, poderá ser considerada como dinâmica visto que pode evoluir ou regredir em função do contexto sociocultural, da interação entre a pessoa e o sistema de saúde ou dos avanços científicos e tecnológicos da própria sociedade. Posto isto, é crucial manter e adaptar, durante todo o percurso de vida, as abordagens de promoção de Literacia em Saúde (Berkman et al., 2010; Vaz de Almeida et al., 2019). Na definição de Literacia em Saúde por Zarcadoolas et al. (2005), apresentada anteriormente, mais propriamente nas “competências que as pessoas podem desenvolver”, o autor entende-a como dinâmica pelo que o nível de Literacia em Saúde deve ser medido e reavaliado continuamente.

As capacidades de cada um dependem em muito da sua educação e oportunidades de estilo de vida. Igualmente importante são os meios de comunicação e a capacidade de avaliar e a filtrar a informação a que cada um é constantemente exposto, bem como a

capacidade das medidas implementadas pelo governo fornecerem informação sobre a saúde de maneira apropriada aos cidadãos (Loureiro et al., 2014; Nielsen-Bohlman et al., 2004).

A informação relacionada com a saúde é gerada por muitas fontes, incluindo o governo, mais propriamente o sistema de saúde e as indústrias alimentar e farmacêutica. As pessoas são frequentemente e repetidamente expostas a cargas excessivas de informação que são frequentemente contraditórias. O status socioeconómico, o nível de educação e o idioma principal afetam se os consumidores procuram informações sobre saúde, onde procuram as informações, que tipo de informações preferem e como as irão interpretar (Houston & Allison, 2002).

Nielsen-Bohlman e autores desenvolveram um modelo conceptual (Figura 1) para a Literacia em Saúde, em que foram identificadas três potenciais áreas de intervenção para a melhoria dos resultados em saúde e redução de custos. Assim, na está ilustrada a potencial influência na literacia em saúde enquanto cada cidadão interage com o sistema educativo, sistema de saúde, e fatores socioculturais, sugerindo que estes fatores contribuem para os resultados e custos em saúde. É de realçar que o modelo apresentado representa apenas um paradigma, sendo necessária mais investigação sobre a relação causal entre os vários fatores presentes do modelo (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

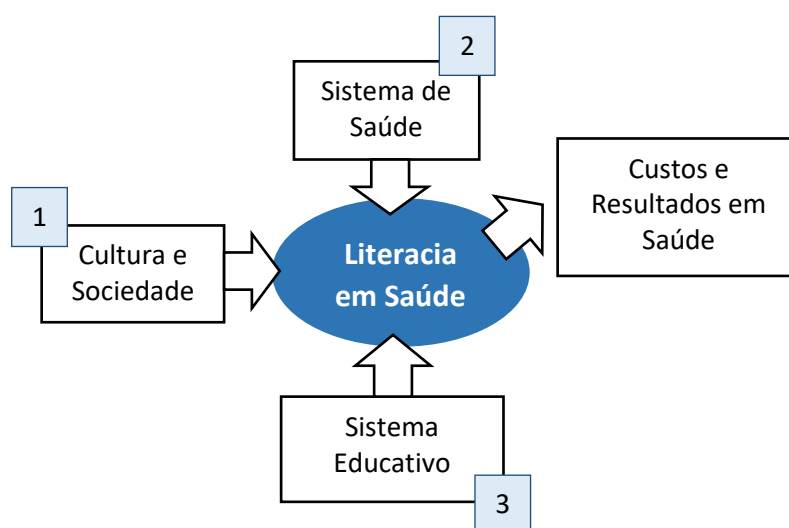


Figura 1 - Aspectos de potencial intervenção na estrutura da Literacia em Saúde. Adaptado de: Nielsen-Bohlman et al., 2004

A Literacia em Saúde envolve uma série de fatores sociais e individuais, conhecimento a nível cultural e conceptual, escuta, fala, aritmética, escrita e leitura, estimando-se uma clara ligação entre cada cidadão e todos os contextos de saúde. É importante compreender como as pessoas obtêm e usam informação sobre saúde para entender o impacto potencial da Literacia em Saúde. Desta forma a responsabilidade pela Literacia em Saúde deve ser suportada pelos vários setores presentes na Figura 1 (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

As características e a sociedade em que cada cidadão está inserido afetam a perceção do próprio relativamente à saúde, doença, prevenção e cuidados de saúde. A falta de compreensão mútua de saúde, doença e tratamentos e riscos e benefícios têm implicações no comportamento dos clínicos e utentes, e implicações legais para o sistema de saúde e para os profissionais de saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Um dos principais responsáveis pela Literacia em Saúde, apontado na Figura 1, é o próprio sistema de saúde. Os sistemas de saúde são considerados complexos e muitas vezes confusos dificultando a capacidade do cidadão comum navegar no sistema. Documentos oficiais, incluindo formulários de consentimento informado, formulários de serviços sociais, informações de saúde pública, instruções médicas e materiais de educação de saúde, muitas vezes usam linguagem técnica que os torna difíceis de compreender (Rudd et al., 2000).

A nível educativo, a educação em literacia e em saúde ao longo do percurso académico de cada cidadão pode servir de base para um nível adequado de Literacia em Saúde na vida adulta. Deve ser coordenado entre as escolas um programa de saúde que permita aos alunos desenvolver competências em Literacia em Saúde (Kann et al., 2001). Atuar neste setor o mais cedo possível irá traduzir-se em pessoas mais capazes de navegar no sistema de saúde bem como pessoas mais cientes e pró ativas na manutenção do seu estado de saúde, pois indivíduos com baixo nível de Literacia em Saúde estão associados a indivíduos mais velhos com acesso limitado à educação (Paiva et al., 2017; Parker et al., 1995).

Diferentes autores, como Nielsen-Bohlman et al. (2004), Sorensen (2013) e Squiers et al. (2012), sugerem diferentes modelos teóricos e diferentes fatores associados à promoção e evolução das capacidades em Literacia em Saúde. No entanto, e transversal em muitos modelos, apenas são ilustrados os efeitos que a Literacia em Saúde tem nos resultados em

saúde, surgindo aqui um problema, pois todo o processo é complexo e não estão incluídas todas as relações nos modelos.

Numa revisão sistemática da literatura, com base em diferentes definições e modelos teóricos, Sørensen e autores desenvolveram um modelo conceptual integrado (Figura 2) pois nenhum dos considerados era suficientemente abrangente para compor as definições de Literacia em Saúde e as competências necessárias. Este novo modelo integrado revelou-se muito útil para fornecer uma visão a nível macro da influência da literacia em saúde (Sørensen et al., 2012).

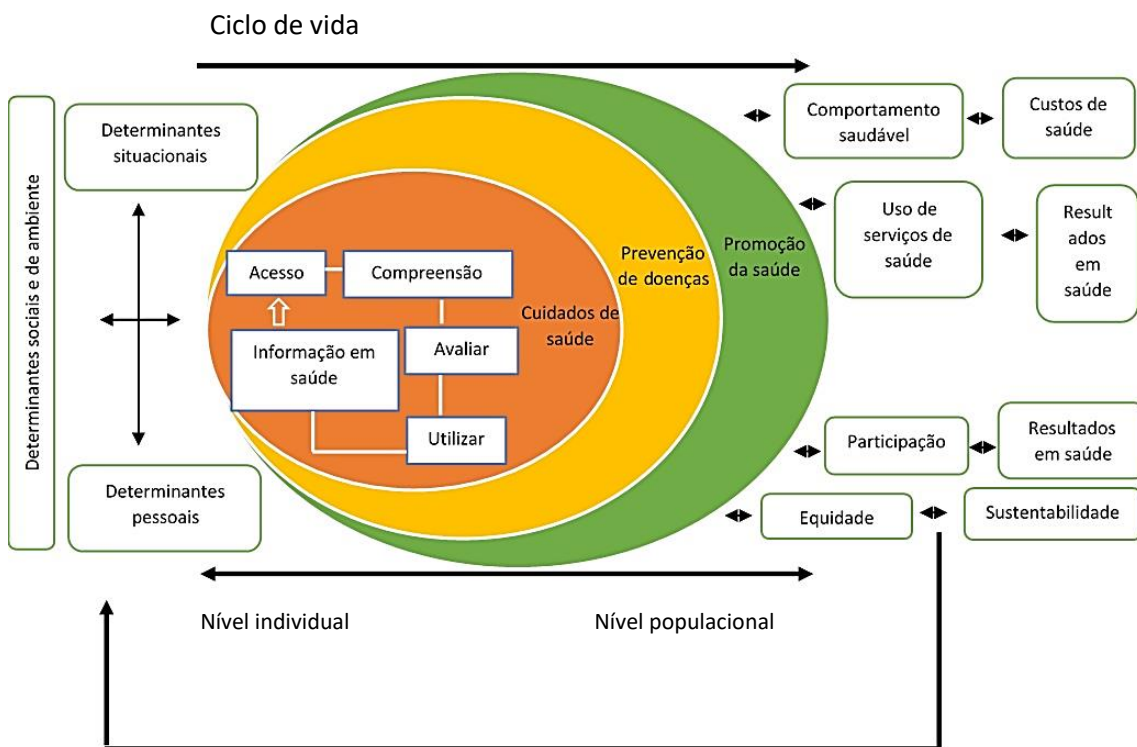


Figura 2 – Modelo integrado da Literacia em Saúde. Adaptado de: Sørensen, 2013

O modelo apresentado na Figura 2, combina as qualidades de um modelo conceptual, delineando as principais dimensões da Literacia em Saúde (representadas na forma oval concêntrica no meio da Figura 2), e de um modelo lógico mostrando os fatores proximais e distais que têm impacto na Literacia em Saúde, bem como a forma como esta está relacionada com os resultados em saúde (Sørensen et al., 2012).

Especificamente, o modelo identifica 12 dimensões da Literacia em Saúde, referindo-se às competências relacionadas com o acesso (competência de procurar, encontrar e obter

informação relacionada com a saúde), compreensão (capacidade de entender a informação procurada), avaliação (capacidade de filtrar e avaliar a informação encontrada) e utilização (capacidade de comunicar e utilizar a informação na tomada de decisão) da informação de saúde nos domínios dos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, respetivamente (Figura 2) (Sørensen et al., 2012).

Todas as características do presente modelo fazem com que este seja detentor de valor heurístico por direito próprio. Este, pode apoiar a prática da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, servindo como uma base conceptual para desenvolver intervenções que aumentem a Literacia em Saúde. Também, pode contribuir para o trabalho empírico na área da Literacia em Saúde ao servir de base para o desenvolvimento de instrumentos de medição (Sørensen et al., 2012).

As competências necessárias em Literacia em Saúde são complexas, variando com cada atividade relacionada com a sua saúde. Não só é importante que cada cidadão saiba comunicar mas também que os clínicos o saibam fazer. Desta forma, a comunicação entre estes, também, contribui para o aumento de Literacia em Saúde, sendo importante avaliar se cada utente entende ou não o que lhe está a ser informado (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Existem várias perspetivas de navegação do sistema de saúde, nomeadamente, no meio digital (relacionado com a literacia digital), acesso a serviços de saúde e/ou avaliar a necessidade de cuidados de saúde. Assim, como exemplo, os meios de comunicação necessitam de ter conhecimentos suficientes para entenderem e criarem uma mensagem que cada cidadão consiga compreender. Também, os fabricantes de medicamentos precisam de saber incorporar informação nos rótulos dos produtos que seja de fácil compreensão. Por fim, há ainda uma necessidade de dotar os professores de competências para estes conseguirem envolver os alunos em assuntos relacionados com saúde e incorporarem uma mensagem relacionada com a saúde nas várias disciplinas, como por exemplo, em ciências (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

A Literacia em Saúde tem ganho um papel de destaque na agenda europeia e foi mencionada em vários documentos de políticas relevantes. A Estratégia de Saúde da Comissão Europeia "Juntos pela Saúde" menciona a Literacia em Saúde relacionando-a com

o princípio fundamental de dotar os cidadãos de competências relevantes, destacando que os cuidados médicos estão cada vez mais centrados no utente, tornando-o um sujeito ativo na tomada de decisão (Sørensen et al., 2016).

O aumento dos níveis de Literacia em Saúde pode desempenhar um papel fundamental no apoio aos objetivos e ações das políticas de saúde da União Europeia (UE). A Literacia em Saúde não é apenas relevante e benéfica para os três domínios da área da saúde (promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados de saúde). Além disso, promover e melhorar a educação em saúde na Europa ajuda a apoiar a visão da Europa 2020 de um crescimento inteligente e inclusivo, ajudando a aliviar o fardo financeiro e social em todos os países da UE (Sørensen et al., 2016).

Por fim, e apesar de ser uma temática que cada vez ganha mais importância e reconhecimento, não existe um consenso quanto à definição de Literacia em Saúde, nem às dimensões conceptuais que a comportam, o que por vezes limita o trabalho neste campo de investigação (Sørensen et al., 2012). É fulcral que haja um consenso para que se possa desenvolver um construto operacional definido da Literacia em Saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

2.2. Dimensões da Literacia em Saúde

Os modelos de literacia são úteis na análise das capacidades e das competências exigidas em várias situações de saúde. A maioria dos modelos conceptuais não só considera os principais componentes da Literacia em Saúde, mas também identifica os fatores individuais e da comunidade que a influenciam, bem como os caminhos que a relacionam com os resultados de saúde (Kickbusch et al., 2013).

Como já foi visto anteriormente, com o aumento da investigação sobre o tema da Literacia em Saúde e das medidas políticas, é claro que não há uma definição do conceito aceite por conformidade. Há pouco consenso também sobre as dimensões que constituem a Literacia em Saúde, dificultando, por vezes, a comparação de resultados entre diferentes países (Sørensen et al., 2012).

Diferenciar literacia médica da Literacia em Saúde pública reflete-se na identificação de diferentes dimensões. Sørensen et al. (2012), realçam dois problemas: (1) o conceito de Literacia em Saúde ser multidimensional que abrange várias componentes; (2) A maioria dos modelos conceptuais tanto consideram os principais componentes da Literacia em Saúde como também, fatores individuais e do sistema que influenciam o nível de Literacia em Saúde de cada um, e ainda, a relação do nível de Literacia em Saúde com os resultados.

Tendo por base o modelo conceptual integrado apresentado na Figura 2, na Tabela 1 é apresentada a combinação das quatro dimensões – acesso, compreensão, avaliação e uso da informação - com os três níveis de domínios (cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde), sugerida por Sørensen e autores.

Tabela 1 – Matriz da combinação das dimensões e domínios em saúde. Adaptado de: Sørensen et al., 2012

	Acesso/obter informação relevante, relacionada com saúde	Compreensão de informação relevante, relacionada com saúde	Processar/avaliar informação relevante, relacionada com saúde	Aplicar/utilizar informação relevante, relacionada com saúde
Cuidados de saúde	Capacidade de aceder a informação relevante em questões médicas ou clínicas	Capacidade de compreender informação médica e derivar significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação médica	Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção de doenças	Capacidade de obter informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de compreender informação sobre fatores de risco e derivar significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de tomada de decisão informada sobre fatores de risco para a saúde
Promoção da saúde	Capacidade de se atualizar sobre os determinantes da saúde no ambiente social e físico	Capacidade de entender informação sobre determinantes de saúde em ambiente físico e social e derivar significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre determinantes de saúde no ambiente social e físico	Capacidade de tomada de decisão informada sobre os determinantes da saúde no ambiente social e físico

Nutbeam (2000b), no campo dos estudos da literacia debate-se com três dimensões de literacia (Tabela 2) e em como estas são aplicadas na vida quotidiana. O autor considera que estas não servem como forma de avaliação para alcançar objetivos mas sim para o que a literacia permite a cada indivíduo realizar.

Tabela 2 – Três níveis de literacia descritos por Nutbeam. Adaptado de: Nutbeam, 2000b

Literacia básica / funcional	Competências básicas suficientes em leitura e escrita para funcionar eficazmente em situações do dia a dia, compatível com a definição de literacia mencionada anteriormente.
Literacia de comunicação/ interação	Competências cognitivas e de literacia mais avançadas que em conjunto com as competências sociais, podem ser utilizadas nas atividades do quotidiano, e para extrair informação e refletir o significado de diferentes formas de comunicação e ainda, aplicar novos conhecimentos a circunstâncias de mudança.
Literacia crítica	Competências cognitivas mais avançadas que, em conjunto com competências sociais, podem ser aplicadas na análise crítica de nova informação e utilizar estes conhecimentos para exercer um maior controlo sobre os acontecimentos e situações que possam ocorrer.

O IOM considera que as dimensões para o conceito de Literacia em Saúde se debatem com o conhecimento cultural e conceitual, compreensão, comunicação, competências aritméticas, competências de escrita e competências de leitura (Sørensen et al., 2012).

Baker (2006) aponta duas principais dimensões, Literacia em Saúde relacionada com a impressão e Literacia em Saúde relacionada com a expressão oral. Paashe-Orlow & Wolf (2007) defendem quatro dimensões: compreensão, fluência verbal, expansão de memória e navegação no sistema de saúde.

Freedman et al., (2009) identifica três principais medidas de Literacia em Saúde pública: (1) Fundamentos conceptuais que incluem o conhecimento básico e as informações necessárias para compreender e agir sobre questões de saúde pública; (2) Competências

críticas que incluem as capacidades necessárias para obter, processar, avaliar e agir por forma a tomar decisões de saúde que beneficiem a comunidade. Ainda, ser capaz de enquadrar os problemas e as soluções apresentadas pelas políticas públicas de saúde. (3) Orientação cívica que inclui as competências e recursos essenciais para tratar de questões de saúde através da interação na comunidade. Também, um indivíduo ou grupo devem ser capazes de articular a desigualdade da distribuição de responsabilidades e benefícios da sociedade, informar-se sobre os problemas atuais de saúde pública e abordar os problemas de saúde pública por meio de ação cívica, liderança e diálogo.

O autor *Freedman* é um dos poucos autores que abrange o foco do constructo de Literacia em Saúde ao nível coletivo pois refere competências necessárias para tomar decisões que beneficiem a comunidade. Para além do foco ao nível individual ser fundamental pelo ganho de competências específicas que permitam a tomada de decisão fundamentada e direcionada para a promoção de saúde e cuidados de prevenção da doença, deve ter-se em igual conta o foco coletivo na promoção e manutenção da saúde. Uma problemática específica pode ser a diabetes que é uma doença que cada vez afeta mais portugueses e que acarreta muitas complicações para os doentes e por consequência mais custos para o SNS (Adams et al., 2009; Freedman et al., 2009; Vaz de Almeida et al., 2019).

Não existe um consenso relativamente às dimensões constituintes da Literacia em Saúde e as tentativas de operacionalizar o conceito variam amplamente em escopo, método e qualidade. Como resultado, é muito difícil comparar os resultados de investigações em Literacia em Saúde que emergem de pesquisas em diferentes países (Sørensen, 2013).

Visto que as dimensões apresentadas, bem como todos os componentes da Literacia em Saúde são extensos, conclui-se que existem vários modelos conceptuais de acordo com cada autor. Podem reduzir-se a menos componentes se se tiver em conta as que são apontadas de forma consensual por cada autor. Assim, apontam-se as competências básicas de compreensão, comunicação, capacidade crítica em relação a dados apresentados, bem como a capacidade de tomada de decisão para o bem-estar individual.

2.3. Importância da Literacia em Saúde

A Literacia em Saúde tem sido uma temática cada vez mais estudada em diversos contextos e abordagens. A importância deste assunto como tema de investigação debate-se com a certeza deste desempenhar um papel crucial na gestão e melhoria da própria condição de saúde e, ainda ser um elemento preditor de desigualdades pouco analisadas (Doyle & Cafferkey, 2012; Pedro, 2018).

Uma das razões pela qual a literacia é importante, especialmente a Literacia em Saúde é porque mesmo a mais primária capacidade de literacia funcional possibilita cada cidadão a desenvolver o seu conhecimento e melhorar o seu potencial, e através disto, participar mais na sociedade, tanto economicamente como socialmente. Analisando este panorama, é de esperar que os níveis de literacia numa população estejam associados tanto direta como indiretamente, a uma série de resultados em saúde (Nutbeam, 2009).

Naturalmente o nível de Literacia em Saúde influencia os resultados em termos de saúde. Existem intervenções que têm então como objetivo aumentar o nível de literacia da população portuguesa de forma a poder ser avaliada. Pode observar-se pela redução da morbilidade e pelo aumento da qualidade de vida por mudança de estilos de vida. Deve ainda realçar-se que maior Literacia em Saúde pode trazer melhores resultados económicos, um fator vital para garantir a sustentabilidade do SNS e ainda a redução de idas aos serviços de saúde (Fawcett et al., 2010; Loureiro et al., 2014; Nutbeam, 2000a).

A necessidade da melhoria dos níveis de Literacia em Saúde compreende o envolvimento de todos os setores da sociedade portuguesa, pois, existem inúmeros fatores como por exemplo o aumento da prevalência das doenças crónicas e o fardo que estas representam para o SNS e a diminuição da população ativa (Fawcett et al., 2010; Vaz de Almeida et al., 2019).

Na monografia preconizada por Loureiro e restantes autores, estes referem que melhores níveis de literacia correspondem a uma maior capacidade para cada indivíduo compreender, filtrar e utilizar de forma apropriada a informação sobre a saúde disponível e apresentada. Desta forma, estes são capazes de fazer escolhas mais acertadas relacionadas com a sua saúde e ainda são dotados de mais autonomia na procura de

serviços de saúde e na autogestão dos processos terapêuticos. Muitos estudos também evidenciam que um baixo nível em literacia se traduz numa maior taxa de mortalidade e morbilidade, maior taxa de internamento e menor capacidade de gestão de doenças crónicas (Adams et al., 2009; Loureiro et al., 2014).

Preparar a comunidade e os diferentes grupos etários para prestar a primeira ajuda em vários tipos de doenças é tão importante como prepará-los para prestar os primeiros socorros em situações de acidentes (Loureiro et al., 2014). Mais ainda, existe um ênfase crescente no envolvimento dos parceiros efetivos dos utentes nos seus cuidados de saúde, surgindo uma necessidade também crescente de determinar formas eficientes de envolvê-los no processo através do qual as decisões de saúde são tomadas. Esta inclusão traduz-se numa verdadeira utilidade para os cuidados de saúde e para os resultados em saúde (Pedro, 2018).

Uma das temáticas emergentes e mais faladas nos últimos anos, tem sido a área das doenças mentais e psiquiátricas, que com certeza tem sido alvo de várias alterações, nomeadamente a nível da percepção por parte da comunidade. Atualmente, cada vez mais se discute e aceitam os problemas de saúde mental. A saúde mental é considerada um bem a preservar e uma prioridade da saúde pública devido ao enorme peso que implica não só para cada indivíduo, mas também para o SNS. Doenças de saúde mental são capazes de tornar uma pessoa incapaz de funcionar como uma integrante da sociedade e como uma contribuinte. Ainda, há que ter em mente a visão preconceituosa por parte da população, fortemente enraizada culturalmente, em relação àqueles que sofrem de doenças do foro psicológico (Luís et al., 2012).

Anteriormente definido o conceito de Literacia em Saúde tornam-se óbvias as consequências que podem surgir, dos níveis reduzidos de Literacia em Saúde, associadas a várias doenças. Impedem o reconhecimento atempado de sintomatologia própria ou alheia, retardando a procura dos serviços de saúde. Aliado a este facto, está também a falta de conhecimento relativo à disponibilidade de serviços de ajuda, quer para doenças mentais ou de outra natureza (Luís et al., 2012). Neste sentido, importa perspetivar a prevenção da doença e a promoção da saúde ao invés do paradigma existente, focado maioritariamente na cura da doença.

Neste contexto, a Internet permitiu uma mudança profunda, apresentando-se como um recurso valioso no acesso à informação necessária, assim como na interação entre profissionais e utentes e ainda no acesso aos cuidados de saúde (Miranda Cruz, 2013; Vasconcellos-Silva et al., 2009). Acompanhando o aparecimento das novas tecnologias no setor da saúde, as tecnologias de informação e comunicação (TICs) em saúde, procuram alcançar a qualidade de informação apropriada a cada utente e aprimorar-se para os próprios poderem ganhar competências que lhes permitam navegar no sistema de saúde com sucesso (Vasconcellos-Silva et al., 2009).

Apresentar competências de Literacia em Saúde e ser ativo na gestão da sua saúde, são direitos dos cidadãos, pois como já foi referido anteriormente, tem um forte impacto social e económico. A mudança no paradigma do acesso a informação relacionada com a saúde, do acesso a serviços de saúde e na perceção que cada cidadão tem sobre a sua própria saúde, implica que o indivíduo como integrante da sociedade saiba tomar as melhores decisões para a sua saúde (Loureiro, 2015; Miranda Cruz, 2013).

A importância da Literacia em Saúde baseia-se também no facto de esta ser um importante determinante da saúde e da qualidade de vida e poder refletir desigualdades sociais. Isto permite que sejam desenhadas e implementadas medidas e políticas públicas que tornem o cidadão comum um principal decisor nos processos de saúde (Loureiro, 2015; Miranda Cruz, 2013).

Numa sociedade em que se pretende que cada um tenha um papel ativo na gestão da sua saúde, é importante que cada um saiba tomar decisões acertadas. Desta forma, é essencial avaliar se os cidadãos estão preparados para o fazer. Especialmente, e neste estudo, é necessário aferir se os jovens adultos, docentes e investigadores têm as competências necessárias para tal, visto que têm um papel social determinante. Posto isto, estuda-se o grupo dos docentes/investigadores visto que são estes que acabam por disseminar o conhecimento aos futuros profissionais e é necessário aferir se possuem as competências necessárias para o fazer. Por fim, torna-se clara a importância do estudo no grupo dos estudantes, uma vez que estes serão futuros profissionais de saúde e consequentemente irão liderar a promoção da saúde entre a população, sendo de extrema importância que estes recebam uma boa preparação nesta área (Loureiro, 2015; Vieira, 2020).

2.4. Determinantes da Literacia em Saúde

A relação entre níveis altos ou baixos de literacia e o estado de saúde de cada cidadão está bem reconhecida e estabelecida. Literacia em Saúde, pela sua complexidade, é determinada por uma diversidade de fatores, entre os quais se salientam as características pessoais, fatores sociais, culturais e económicos (Nutbeam, 2000b). Assim, as estruturas sociais e sistemas económicos integrados e sobrepostos acabam por ser os grandes responsáveis das iniquidades em saúde (Schillinger, 2020).

De acordo com a literatura internacional, dado que estudos deste âmbito em Portugal são ainda muito limitados, existe uma distinção entre os fatores que mais impactam a Literacia em Saúde. Desta forma, identificaram-se fatores considerados mais distantes que abrangem os determinantes sociais e ambientais, como a situação demográfica, cultura, idioma, esfera política e sistemas sociais. Por outro lado observam-se os fatores proximais que estão relacionados com: (1) os determinantes pessoais, como a idade, género, etnia, situação socioeconómica, competências emocionais e cognitivas, nível de educação, emprego, renda, alfabetização e literacia e (2) os determinantes situacionais, como o ambiente físico, apoio social, seio familiar, utilização dos meios de comunicação, avanço da ciência e a importância das novas tecnologias da informação (Sørensen et al., 2012).

Cidadãos com baixos rendimentos, por consequência, têm mais dificuldades em pagar as contas, a ter acesso a serviços de saúde e por norma apresentam um nível baixo de Literacia em Saúde. Isto acontece especialmente em grupos mais vulneráveis (idosos, utentes com comorbilidades ou até mesmo cidadãos com baixo nível escolar), espelhando assim a sua situação precária socioeconómica e a relação com baixos níveis de Literacia em Saúde. Tendencialmente é de esperar que um indivíduo com um grau académico superior possua também um maior grau de Literacia em Saúde, pois são desenvolvidas competências essenciais para tal. Outro fator já mencionado anteriormente debate-se com a idade, pois vê-se em estudos internacionais, que, à medida que a idade aumenta, o nível de literacia tende a diminuir. Também é de notar que os utentes que mais visitam as urgências apresentam um nível baixo de Literacia em Saúde (Pedro, 2018).

Tipicamente os utentes só procuram serviços de saúde quando possuem uma necessidade de cuidados médicos, o que significa que muitas vezes não se focam tanto na prevenção de

doenças e mais no seu tratamento. Mais ainda, indivíduos com um baixo nível de Literacia em Saúde muitas vezes adiam a procura de atendimento médico por não entenderem os sintomas de uma doença que deviam despertar uma ação. Adicionalmente, os utentes podem sentir-se desconfortáveis socialmente, chegando mesmo a sentir culpa, por não entenderem os procedimentos ou o que o médico lhes está a comunicar (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

A falta de equidade em saúde também surge como um determinante pois não se observa o conjunto de condições necessárias para que todas pessoas tenham oportunidade de atingir o próprio máximo potencial em saúde, estando muitas em desvantagem de atingi-lo por uma determinada posição ou circunstância social. Outros determinantes podem ser as disparidades de saúde que afetam negativamente grupos de pessoas que passam por grandes obstáculos sociais ou económicos. Estes obstáculos resultam de características historicamente ligadas à discriminação ou exclusão, como raça ou etnia, religião e género (Apolinario et al., 2012; Schillinger, 2020).

No que diz respeito a populações mais vulneráveis, tem-se que alguns subgrupos da população, geralmente as minorias, sejam por questões socioeconómicas ou políticas acabam por estar expostas a maiores riscos, estando em desvantagem no que diz respeito à sua saúde no geral, apresentando muitas vezes taxas mais baixas em triagem e exames de prevenção (Schillinger, 2020). Os jovens de ambientes discriminados necessitam de uma prestação de serviço envolvente, que seja acolhedora e respeitosa. Para refugiados e outros jovens de ambientes de migração vulneráveis, é indispensável focar a língua e a cultura, abrangendo a sensibilidade cultural e o recurso a intérpretes. Desta forma, a participação de jovens ao serem concebidos serviços de saúde pode ser um impulsionador na promoção de serviços equitativos, vantajosos e prestáveis (Robards et al., 2017).

Baixos níveis de Literacia em Saúde são considerados assim um caminho comum, de uma sequência de contextos de vida incluindo, mas não se restringindo, ao acesso à educação, proficiência limitada na língua nativa de cada cidadão, aprendizagem e comprometimento cognitivo. Desta forma, este tipo de pacientes são mais propensos a sofrerem de problemas de saúde, a apresentarem taxas mais altas de doenças crónicas e taxas de mortalidade

quase duas vezes maior em comparação com pacientes com nível de Literacia em Saúde adequado (Schillinger, 2020).

2.5. Promover a Literacia em Saúde

Existem algumas recomendações estabelecidas pela Direção Geral de Saúde (DGS) para a promoção da Literacia em Saúde. É importante diminuir a complexidade do sistema dos cuidados de saúde e sociais, pois muitos membros da comunidade portuguesa não têm as competências necessárias para o navegar corretamente. Também, entender que a população portuguesa é composta por diferentes perfis sociais e com níveis de Literacia em Saúde distintos, pelo que se devem diversificar estratégias, modos de comunicação e informação. O papel da educação é vital neste processo, assim, devem incluir-se iniciativas nos currículos escolares que apoiem a melhoria da Literacia em Saúde, bem como realizar iniciativas direcionadas para os grupos mais vulneráveis. Gerar e estabelecer um sistema de monitorização e avaliação que torne possível o acompanhamento da Literacia em Saúde a nível nacional (Vaz de Almeida et al., 2019).

De maneira a compor todas as medidas e ações relacionadas com a Literacia em Saúde em um só documento foi criado o Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021 (Telo de Arriaga et al., 2019).

2.5.1. Plano de ação para a Literacia em Saúde 2019-2021

A melhoria dos níveis de Literacia em Saúde apresenta-se como um desafio da Saúde Pública em Portugal ao qual a DGS veio dar resposta com um novo plano de ação que visa potenciar e criar comportamentos mais saudáveis na população portuguesa. O plano integra também outras estratégias, iniciativas, projetos e atividades.

a) Literacia em Saúde no ciclo de vida

As abordagens nesta área devem contemplar as especificidades de cada cidadão em cada estadio de desenvolvimento (Figura 3), uma vez que ter boas competências de Literacia em Saúde contribui para maior promoção de saúde ao longo da vida.

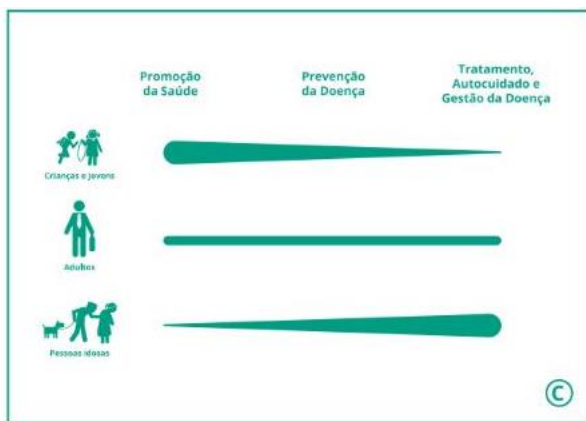


Figura 3 - Literacia em Saúde ao longo do ciclo de vida. Retirado de: Telo de Arriaga et al., 2019

Este plano de ação pretende manter cada indivíduo no centro de cada intervenção e todas as dimensões associadas, para que se possa melhorar continuamente o nível de Literacia em Saúde na população portuguesa. É de salientar que também está incluída a melhoria da navegação no SNS, bem como no Sistema de Saúde em geral.

Assim, este plano de ação foi desenhado tendo em conta o ciclo de vida e encaixa a sua concretização por contexto e objetivos estratégicos. Ainda, respeita os princípios da “Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde, Qualidade em Saúde e Cidadania em Saúde”, objetivos e metas do Plano Nacional de Saúde (PNS).

As medidas estratégicas visam a articulação, padronização e inclusão de projetos, iniciativas e atividades, como por exemplo, um plano para a gestão da doença crónica para promover o bem-estar.

O plano foi desenhado e como tal incorpora objetivos gerais e específicos. O primeiro geral debate-se com a adoção de estilos de vida saudáveis em contexto diário e os objetivos específicos centram-se em capacitar progenitores e cuidadores, crianças e jovens, adultos e pessoas com 65 e mais anos. Desta forma, foram estabelecidas as áreas prioritárias, meios transversais e específicos e produtos que demonstram que tem de haver uma harmonia entre várias entidades e meios para que este plano possa ser levado a cabo com sucesso.

O segundo objetivo geral prende-se com a capacitação do cidadão para uma navegação adequada do sistema de saúde em que foram estabelecidas as mesmas dimensões do objetivo anterior, com a diferença que nos objetivos específicos deixa de haver um foco nos cidadãos como progenitores e cuidadores.

O terceiro objetivo geral promove o bem-estar pela promoção de uma boa gestão na doença crónica em que os objetivos específicos se focam principalmente em capacitar grupos específicos de pessoas doentes.

Por fim, o quarto objetivo que se baseia na promoção do conhecimento e investigação, estabeleceu como objetivos específicos a avaliação da Literacia em Saúde e a vertente de capacitar grupos específicos.

b) Parcerias

O aumento da Literacia em Saúde deve constituir-se como um estímulo e uma prioridade na atualidade, sendo, para tal, necessária uma abordagem integrada, envolvendo várias parcerias estratégicas com os mesmos objetivos alinhados. Assim surgem parceiros como os diferentes ministérios, direções gerais, PNS, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) e Organizações Não Governamentais (ONG's), comunicação social, associações de doentes, entre outros. Um exemplo da articulação dos ministérios pode ser o ministério da educação com o ministério da saúde, pois está provado que com a implementação de projetos nas escolas pode observar-se um aumento das competências das crianças, jovens e adolescentes retirando parte do peso ao ministério da saúde.

c) Estratégia de Implementação

A implementação do Plano de Ação apresenta-se como a medida principal na realização e cumprimento das ações sugeridas. De forma estratégica a DGS teve de definir pilares estratégicos de intervenção: profissionais de saúde, população portuguesa e parceiros. A efetivação deste plano tem uma visão da promoção da Literacia em Saúde em todas as oportunidades, para além das políticas públicas que são estabelecidas.

Serão disponibilizadas ferramentas aos profissionais de saúde para a promoção da Literacia em Saúde, e também, serão realizadas intervenções específicas para a população, foco no aumento das parcerias que possam contribuir para o impacto das medidas de intervenção na área da Literacia da Saúde e por fim, pretende-se constituir uma comissão de acompanhamento que possa ajudar a priorizar ações e medidas para o desenvolvimento de novas estratégias.

d) Monitorizar e Avaliar

É fundamental a monitorização e avaliação das ações e medidas incorporadas no plano de ação e o impacto deste nos níveis de Literacia em Saúde. Assim foi definido um conjunto de metas a atingir, entre janeiro de 2019 e dezembro de 2021, para ir aferindo a necessidade ou não de adaptações para o sucesso do plano.

2.5.2. Decisão partilhada em saúde

Um novo fator que tem ganho destaque na promoção da Literacia em Saúde consiste na tomada de decisão partilhada entre clínico e utente. Um processo colaborativo onde médicos e utentes dialogam sobre a situação clínica do utente por forma a explorarem as opções de cuidados ou tratamento, bem como os seus riscos e benefícios, e entenderem as opções que melhor se adaptam às suas necessidades. O principal objetivo deste novo processo de tomada de decisão é apoiar a prestação de cuidados centrada no utente e também ajudar a implementar um princípio fundamental da medicina baseada em evidência (Chew-Graham, 2017; Jordan et al., 2009; Tamhane et al., 2015).

A OMS desenvolveu um esquema que ajuda a observar e entender as relações entre as diferentes partes do ecossistema de saúde, fornecendo um contexto dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas (Figura 4). Na Figura 4, estão representados os utentes, as respetivas famílias e comunidade no centro da prestação de serviços de saúde (WHO, 2015).

Neste esquema (Figura 4) está reconhecida a necessidade de ação entre os vários setores em encarar os determinantes de saúde, especialmente os setores da saúde, segurança social, educação e todos os outros que podem contribuir para a melhoria da saúde individual, familiar e da comunidade. Ainda e apesar de se ter desenvolvido esta nova estrutura conceitual, entende-se que interpretar e agir no sentido de melhoria deriva entre os diversos países (estabilidade política, desenvolvimento socioeconómico, governação, cultura, (...)) e configurações regionais (contexto ambiental) (WHO, 2015).

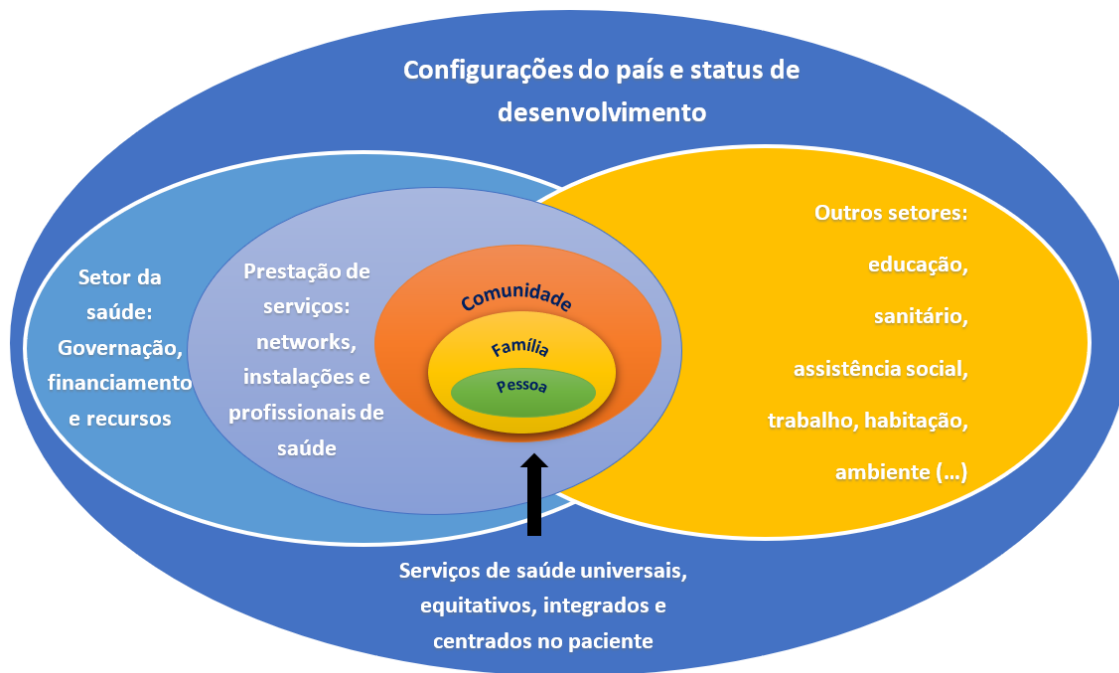


Figura 4 - Estrutura conceitual para serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Adaptado de: WHO, 2015

Os benefícios de uma abordagem centrada em cada indivíduo resultam no aumento da eficiência na prestação de serviços de saúde, diminuição de custos para o utente e para o SNS, aumento da equidade no fornecimento de serviços de saúde, aumento da Literacia em Saúde, aumento da satisfação dos utentes e o facto de surgir uma relação mais equilibrada entre profissional de saúde e utente (Chew-Graham, 2017; Vaz de Almeida et al., 2019).

A educação nas escolas toma um lugar primário, onde devem ser implementados programas de tomada de decisão partilhada concebidos de forma a apoiar os professores a fornecer novos conteúdos de Literacia em Saúde e a capacitar os alunos. Existem muitos benefícios em fomentar a colaboração entre os setores de educação e saúde para alcançar populações desfavorecidas e os subgrupos mais afetados que raramente são o foco deste tipo de intervenções, mas que iriam ser os que mais beneficiariam delas (Chew-Graham, 2017).

Brabers et al. (2017), examinaram a relação entre a Literacia em Saúde e o envolvimento do paciente e sugeriram uma associação significativa e positiva entre a avaliação da escala de Literacia em Saúde e o envolvimento do próprio em decisões-chave. Em Portugal, pouca

informação há sobre a relação entre Literacia em Saúde e tomada de decisão partilhada pelo que devem ser feitas mais investigações sobre o tema.

2.6. Navegar no sistema de saúde

“Literacia em Saúde de Navegação (LS-NAV) refere-se ao conhecimento, motivação e competências das pessoas para aceder, entender, avaliar e aplicar a informação e comunicação nas diversas formas necessárias para navegar sistemas e serviços de saúde de forma adequada para obter os cuidados de saúde mais adequados para si mesmo ou pessoas relacionadas.” (Griese et al., 2020)

Quando se trata de navegar no sistema de saúde, uma forma específica de Literacia em Saúde é necessária, ou seja, Literacia em Saúde de Navegação (LS-NAV). Ser dotado desta competência específica inclui ser capaz de lidar com informação de forma que seja possível navegar no sistema de saúde sem qualquer dificuldade e ser capaz de encontrar o tipo de serviço necessário atempadamente (Griese et al., 2020).

Segundo alguns autores internacionais, visto que em Portugal existem poucos estudos sobre o tema, existem muitos processos que podem ser melhorados e muitas iniciativas que podem ser desenhadas e implementadas que ajudem na promoção da Literacia em Saúde. Devido à rápida expansão e complexidade do sistema de saúde, é cada vez mais difícil para os utentes navegarem no mesmo, especialmente para os que apresentam níveis baixos de Literacia em Saúde. Portanto, é imprescindível que os utentes tenham, no mínimo, um grau adequado de Literacia em Saúde, ou mais precisamente, em LS-NAV. Ser incapaz de navegar no sistema de saúde com sucesso limita muitas vezes os utentes, bem como os profissionais de saúde (Fetter, 2009; Griese et al., 2020).

Quanto mais complexos são os sistemas de saúde, mais exigente é a navegação e mais exigentes são as tarefas em LS-NAV que emergem. Na Figura 5 está representada uma visão geral de dez tipos diferentes de tarefas envolvidas na navegação pelo sistema de saúde de forma adequada aos níveis de interação (micro), organizacional (meso) e sistémico (macro) (Griese et al., 2020).

A LS-NAV de um cidadão numa determinada situação depende do seu conhecimento pessoal de saúde de navegação, bem como da complexidade e das demandas de navegação

do sistema de saúde em questão, especialmente sobre a qualidade e as formas de informação e comunicação oferecidas para apoiar a navegação de um sistema de saúde. O nível geral de LS-NAV pode ser melhorado pelo simples facto de tornar as características do sistema mais amigáveis para o utilizador. Contudo, para fazer isso de forma eficaz, é necessário conhecer e medir a LS-NAV, para poderem ser retiradas conclusões do que precisa e deve ser melhorado. Para tal, foi desenvolvido um instrumento de medição da navegação em saúde, o HL-NAV-HLS19 (Griese et al., 2020).

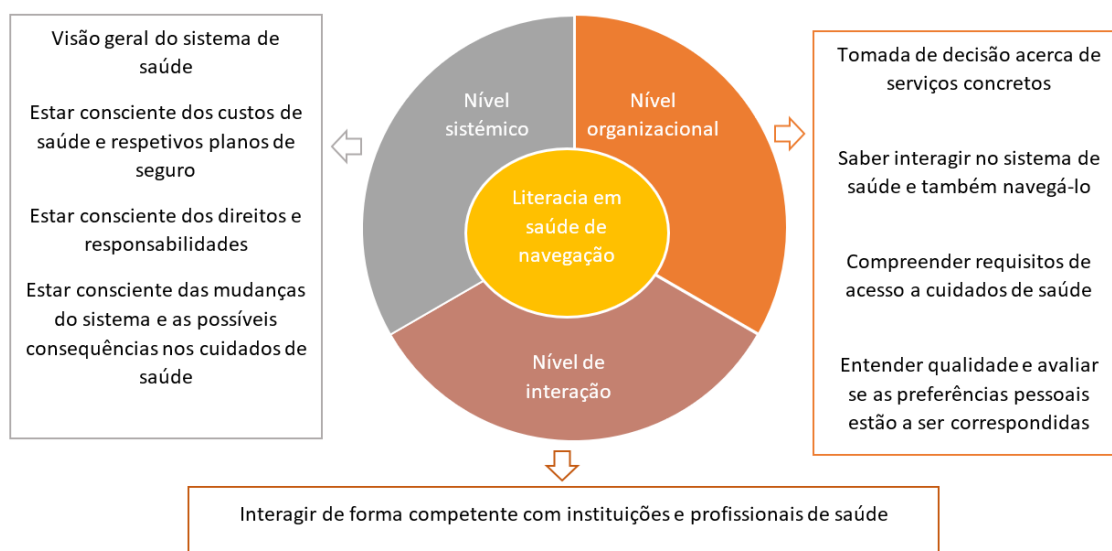


Figura 5 - As principais tarefas da LS-NAV. Adaptado de: Griese et al., 2020

Como é possível observar na Figura 5, a LS-NAV no seu domínio é dividida em três níveis diferentes: (1) nível sistémico; (2) nível organizacional e (3) nível da interação. Relativamente ao primeiro, este refere-se ao ato de orientar e obter uma visão geral do sistema de saúde (como é organizado o sistema de saúde e como funciona). A nível organizacional, os utentes têm de saber processar e entender informação como pré-requisito na tomada de decisão partilhada, da forma mais adequada. Por último, a nível de interação, está incluída a necessidade de o próprio utente assumir um papel mais ativo no papel de processar informação de saúde (Griese et al., 2020).

Existem muitos motivos que estão na origem da limitação da capacidade de navegar, sendo um deles a falta de Literacia em Saúde, mas também a falta de interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde, devido ao aumento da complexidade dos mesmos. Desta forma, a interoperabilidade garante que haja uma ligação entre sistemas e permita a troca e uso de informação com precisão, eficiência, eficácia, consistência e segurança.

Juntamente com a funcionalidade e a segurança, a interoperabilidade é também um dos recursos da tecnologia de informação de saúde crucial (Fetter, 2009).

Idealmente, todas as especialidades deveriam fazer um registo clínico para que todos pudessem ter acesso à mesma base de dados, com apenas um registo clínico por utente. O funcionamento em rede está sujeito a uma total integração e complementaridade dos sistemas de informação, essencial para a redução dos riscos, dos custos e da duplicação de exames, promovendo um sistema de saúde mais ágil, célere e centrado no utente (Roque, 2012).

A capacidade de cada indivíduo lidar com a informação do sistema de saúde de forma a navegá-lo com sucesso é ainda pouco estudada. Os utentes vêm-se obrigados encontrar um caminho dentro do SNS, interagir e comunicar as suas questões e problemas de saúde para serem adequada e devidamente atendidos e suportados no processo de tomada de decisão informada. Apesar do já referido, nem todos os pacientes e utilizadores são capazes de atender a estes requisitos de navegação, levando à desorientação, stress, incertezas e descontinuidades nos cuidados de saúde (Griese et al., 2020).

Atualmente com o novo cenário da pandemia, saber navegar no sistema de saúde português tornou-se decisivo para muitos. Poucas doenças infecciosas novas ou emergentes colocaram desafios tão rápida e drasticamente quanto o novo coronavírus, sendo que muitos hospitais ficaram sobrelotados e sobrecarregados, ilustrando assim a importância da promoção de iniciativas que ajudem os cidadãos a navegar no SNS de forma efetiva. A escassez de recursos de saúde não apenas coloca os pacientes da Covid-19 em risco, mas também atrasa o atendimento de pacientes com necessidades urgentes (ex. diabetes e doenças cardíacas), o parto seguro para mulheres grávidas e, até mesmo o rastreio precoce de certas doenças. Assim, saber navegar no sistema de saúde e ser dotado de competências adequadas no campo da literacia da saúde pode evitar muitas mortes de pacientes, com variadas necessidades urgentes, sem serem os pacientes diagnosticados com Covid-19 (Gostin et al., 2020).

2.7. Literacia em Saúde Digital

As TICs são usadas amplamente para apoiar e fornecer cuidados de saúde para os utentes, tendo desta forma surgido o novo termo *Electronic Health (eHealth)* que em português se traduz para eSaúde. Deste modo, *eHealth* corresponde aos serviços de saúde e informações disponíveis na internet e tecnologias relacionadas. Destes serviços de saúde fazem parte, a comunicação eletrónica entre profissional de saúde e utente, registos médicos eletrónicos, registos de saúde pessoais, programas de educação em saúde, portais para o utente e aplicações para pacientes (Haggerty, 2017; Kim & Xie, 2017).

A mudança de paradigma no sistema de saúde tem como finalidade adicionar os aspetos de novos desenvolvimentos como auto-rastreamento, *big data* e análise preditiva, *eHealth*, pesquisa médica com participação externa, [...] e tomada de decisão compartilhada em diagnóstico e terapia. Estas condições tornam a transformação digital na área da saúde um conceito que se interliga com a saúde digital (Belliger & Krieger, 2018; Kostkova, 2015; Kraus et al., 2021).

Vive-se numa era digital pelo que com o avanço das tecnologias e conseqüente adoção de serviços *eHealth*, espera-se cada vez mais que cada cidadão se envolva na gestão das suas condições física e psíquica por meio digital. Tal só pode acontecer se cada cidadão for detentor de um nível adequado em Literacia em Saúde no contexto digital (Kim & Xie, 2017).

A literacia digital requer mais do que apenas a capacidade de usar aplicações (*software*) ou saber utilizar um dispositivo digital, pois inclui uma multiplicidade de competências e capacidades cognitivas, motoras, sociais e emocionais que os utilizadores precisam dominar para usarem de forma efetiva os meios digitais. Atualmente cada indivíduo é exposto a informação de todos os tipos e de várias fontes, então torna-se fulcral ser capaz de filtrar informação fidedigna e de qualidade para utilização (Loureiro & Rocha, 2012; Vaz de Almeida et al., 2019).

No âmbito da saúde, a Literacia em Saúde digital permite a cada indivíduo pesquisar, encontrar, compreender e avaliar informações de saúde a partir de fontes digitais e aplicar o conhecimento adquirido para responder a questões e resolver problemas relacionados

com a sua saúde. Tendo isto em conta, é importante ter em mente que nem todos os membros da população estão familiarizados com este novo formato digital. Apesar de uma boa parte da população interagir com dispositivos eletrónicos todos os dias, há grupos mais desfavorecidos que têm conhecimento limitado no que respeita a este tipo de meio (Martins, C.S. , 2017).

Reconhecendo a necessidade de promover a Literacia em Saúde digital como um meio para melhorar o bem-estar coletivo, importa atentar para a implementação de um conjunto de recomendações. Algumas destas são: (1) Promover a capacitação dos profissionais de saúde nesta área; (2) Criar ferramentas de *eHealth* eficazes, confiáveis e fáceis de utilizar; (3) Promover a cidadania tecnológica e a Literacia em Saúde digital crítica durante o percurso de vida (Silva, 2020; Vaz de Almeida et al., 2019).

As áreas da prevenção da doença e promoção da saúde tornam-se um foco principal no mundo digital, uma vez que o aumento da Literacia em Saúde digital pode apresentar benefícios para estas áreas como a diminuição das desigualdades em saúde, ao ser assegurada a cooperação a nível nacional, regional e local, adaptada às necessidades de cada um (Pedro, 2018; Vaz de Almeida et al., 2019). A adoção de novas tecnologias ajuda a fornecer um atendimento seguro ao utente e de alta qualidade e, também, tornar todos os processos de negócio mais eficientes tendo em conta o cenário global, contribuindo para um modelo económico sustentável do SNS (Haggerty, 2017; SPMS, 2019).

Desde o início da pandemia da Covid-19 que o mundo inteiro está a testemunhar o maior movimento de partilha em massa de informação nunca antes visto. A necessidade de acompanhar e compreender esta avalanche de informação sobre a epidemia tem sido um desafio para todos, pois tem-se tornado evidente que a partilha de informação nem sempre é de qualidade ou fidedigna. Informação e conhecimento são os elementos principais na transformação digital, que terá o máximo de êxito quando todos os intervenientes participarem em colaboração, dividindo esforços e sinergias. É necessário lembrar que a transformação digital não é apenas tecnológica, mas também cultural, o que implica que alcance toda a sociedade (Silva, 2020).

As complicações aumentam quando olhamos para os grupos mais vulneráveis, como os idosos e doentes crónicos, precisamente aqueles que são considerados grupos prioritários

para a administração das vacinas contra a Covid-19. Esta nova realidade que se vive deveria impulsionar uma estratégia (digital) de comunicação de risco em saúde direcionada especialmente para estes grupos. É de notar que também os profissionais de saúde podem carecer de competências de literacia de saúde, e poderão eles próprios ter dificuldades em processar e compreender as informações relacionadas com a vacinação (Comissão Europeia, 2020).

Atualmente falar do setor da saúde é falar sobre transformação digital na saúde. Embora Portugal já tivesse dado os primeiros passos no mundo da transição digital, com certeza que a pandemia teve um efeito catalisador na implementação de serviços/produtos de *eHealth*. No início de 2021, foi aprovada pelo Governo a Estratégia Portugal 2030 onde se insere o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) nacional - concebido para impulsionar a recuperação económica e social, tendo presentes os danos causados pela pandemia Covid-19, criando uma Europa mais verde, mais digital e mais resiliente (Belliger & Krieger, 2018)(PRR, 2021).

Desde o dia 17 de junho que, através do Portal do SNS 24 passou a ser possível obter os três tipos de Certificado Digital Covid UE, (1) certificado de vacinação, que comprova que a pessoa foi vacinada contra a Covid-19 (poderá ser emitido na sequência da administração de cada dose); (2) certificado de teste, que comprova que a pessoa tem resultado negativo em teste molecular de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) - RT-PCR - em tempo real; (3) certificado de recuperação, que comprova que a pessoa teve Covid-19, mas já recuperou da doença (SNS, 2021).

O governo português trabalhou ativamente para que até ao dia 1 de julho de 2021 o certificado digital Covid-19 estivesse funcional, de forma a fornecer as condições de segurança e confiança necessárias para que os cidadãos nacionais pudessem circular dentro do espaço da União Europeia e para que os cidadãos de outros países possam entrar em segurança em território nacional. Para melhorar a aceitação transfronteiriça, todos os certificados são redigidos em português e em inglês (SNS, 2021).

Nas últimas décadas têm sido observados progressos no campo das TIC de importância decisiva para lidar com as crises económicas e sanitárias que vivemos. Principalmente nos meios de comunicação e conexão à distância, que possibilitam o funcionamento de

atividades económicas e relacionadas com a saúde (ex. teleconsulta), tendo em conta as restrições impostas pelo combate à pandemia. Considerando a crescente centralidade da transformação digital nas esferas social e económica, esta constitui uma oportunidade ímpar para alinhar o investimento atual com a resposta às necessidades do futuro próximo (PRR, 2021).

Apesar da evolução positiva de muitos indicadores, o nível de adoção da tecnologia digital em Portugal ainda se encontra abaixo da média da UE. Por exemplo, a percentagem de empresas com vendas de *e-commerce* em 2019 é de 17%, enquanto a média dos 27 países da UE é de 20%. Neste indicador, Portugal ocupa a 17ª posição entre os 27 membros. Por outro lado, a percentagem de pessoas com competências digitais gerais (básicas ou superiores) foi de 52%, também inferior à média dos 27 membros da UE de 56%. Embora tenha havido aproximações nos últimos anos, Portugal ocupa a 19ª posição em 27 posições disponíveis. É de evidenciar que apesar destes avanços tecnológicos na interação com os serviços públicos, apenas 41% dos cidadãos utilizaram a internet em 2019, mais uma vez abaixo da média da UE que foi 53%, ficando assim Portugal na 22ª posição neste indicador (PRR, 2021).

Os SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), através do Centro Nacional de Telessaúde (CNTS), redigiu um documento estratégico na área da telessaúde não só para o SNS, mas também para todo o Sistema de Saúde. O documento permitiu nomear e validar os principais desafios, mas também necessidades e tendências, por forma a assegurar mais acesso, equidade e qualidade em saúde (SPMS, 2019).

Novas iniciativas promovidas colocam a tecnologia ao serviço dos utentes através de novas abordagens e modelos de prestação de cuidados de saúde. Assim, a implementação da telessaúde (englobada na saúde digital) está a avançar rapidamente na maioria do território nacional e de formas distintas, nomeadamente através de teleconsultas, telemonitorização, telediagnóstico, telereabilitação, telerastreio e teleformação (SPMS, 2019).

Tendo em conta todos os factos já apresentados sobre a transformação digital e implementação de novos meios digitais, o sistema de saúde depara-se com um desafio, a Literacia em Saúde digital. A Literacia em Saúde digital é um meio fundamental para

umentar a adesão dos utilizadores e obter os resultados pretendidos. É indispensável não só o setor saúde, mas também que vários *stakeholders*, como por exemplo, os setores financeiro e da educação, permaneçam também empenhados na criação de campanhas e cursos de sensibilização e capacitação digital e assim auxiliar a ultrapassar as barreiras presentes ao uso dos portais e outras tecnologias que as agências governamentais e empresas colocam ao dispor. Estimular os cidadãos a usarem alternativas digitais providencia-lhes mais responsabilidade e controlo em saúde (SPMS, 2019).

Os SPMS definiram algumas Linhas Estratégicas de Desenvolvimento para a Telessaúde (LEDTS) que englobam medidas estratégicas, que indiretamente podem influenciar o aumento dos níveis de Literacia em Saúde da população portuguesa (SPMS, 2019).

Medidas estratégicas:

1- Garantir um modelo sustentável para a telessaúde

Algumas atividades propostas no auxílio da implementação desta medida seriam, agregar funcionalidades de telessaúde na Área do Cidadão (por exemplo, contacto com o médico de família, entre outros) e inserir a temática eSaúde na formação académica superior. Desta forma cada cidadão tinha a hipótese de ganhar mais autonomia na autogestão da sua saúde.

2- Simplificar o modelo de governação da atividade de telessaúde

Implementar um modelo de governação simples e funcional, que garanta a criação de valor em linha com a estratégia definida. Este novo modelo mais simples pode vir a facilitar a navegação no SNS por parte de cada indivíduo.

3- Promover e divulgar o conceito de eSaúde junto dos cidadãos e profissionais e sensibilizar para as suas mais-valias

Passar a cada cidadão e profissional de saúde que a telessaúde é um instrumento a integrar na prestação de cuidados, que permite aumentar e simplificar o acesso aos cuidados de saúde e aumentar a eficiência do SNS. Uma das atividades a realizar poderia ser fornecer informação simplificada aos utentes de rápida leitura e entendimento claro.

4- Formação, desenvolvimento e qualificação de capital humano

Esta nova medida prevê a melhoria contínua na área da telessaúde, através de uma aposta na formação, desenvolvimento e qualificação dos profissionais de saúde. Posto isto, o objetivo é fomentar o desenvolvimento de competências na área da telessaúde em cada cidadão, e também, incentivar programas de melhoria contínua, cultura organizacional e de aprendizagem.

2.8. Literacia em Saúde em Portugal e na Europa

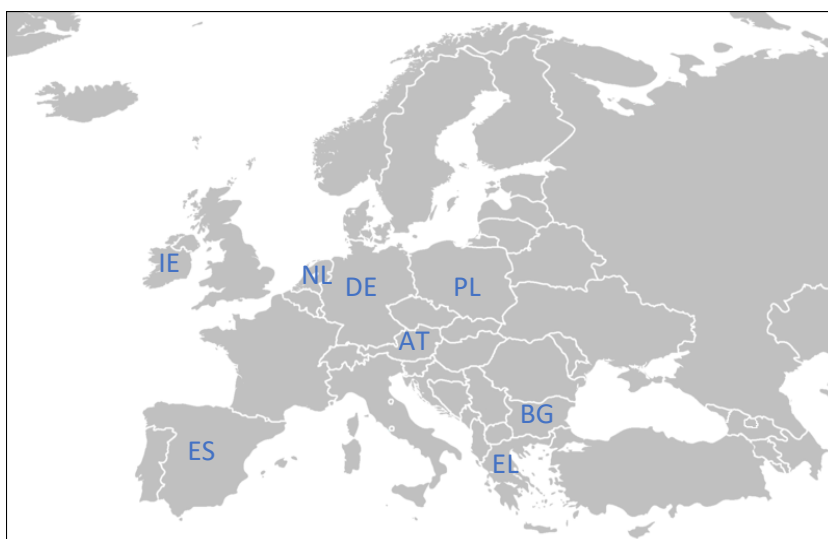
Indivíduos que apresentam níveis de Literacia em Saúde inadequados tendem a apresentar dificuldades significativas no que diz respeito ao acesso, compreensão, apreciação e uso de instruções relacionadas com a saúde, daí que a avaliação do nível de Literacia em Saúde seja um aspeto fundamental para a saúde pública (Carneiro, 2017; Weiss et al., 2005).

Assim como aconteceu com alguns países europeus, também Portugal teve a necessidade de conhecer o nível de Literacia em Saúde da população. Posto isto, pela primeira vez em 1995, Portugal incluiu num estudo de Literacia alguns itens relacionados com a saúde. Esta primeira tentativa de avaliação do nível de Literacia em Saúde da população portuguesa revelou níveis baixos a muito baixos na maior parte dos inquiridos, sendo que possibilitou a identificação de grupos mais vulneráveis (idosos, desempregados, baixa escolaridade, moradores de aldeias e lugares isolados). Ainda, foram encontradas percentagens muito reduzidas para níveis superiores de literacia (Benavente et al., 1996).

Já nesta altura se elaboraram perspetivas para melhoria da literacia e da Literacia em Saúde, que não compreendiam apenas a escolarização mínima nem simplesmente as capacidades de escrever e ler. Foram apontados alguns pontos de melhoria como, a melhoria de processos de ensino e aprendizagem que permitissem apreender competências de literacia sólidas e transponíveis para a sua utilização nos vários contextos da vida, e a conceção de estratégias pedagógicas mais atentas à diversidade dos meios sociais (Benavente et al., 1996).

Recentemente, em 2011 foi realizado o Inquérito Europeu à Literacia em Saúde (HLS-EU-Q), de forma a obter novos dados e conclusões nesta área de investigação. Participaram no

estudo europeu oito países (Figura 6): (1) Áustria, (2) Alemanha, (3) Bulgária, (4) Espanha, (5) Grécia, (6) Irlanda, (7) Holanda e (8) Polónia. Os objetivos do projeto debateram-se com o desenvolvimento de um instrumento modelo para medir a Literacia em Saúde e gerar dados de diversas populações da UE para fazer uma avaliação comparativa e fornecer uma base empírica para as políticas de saúde europeias, nacionais e regionais. Mais tarde, em 2015, Portugal juntou-se a esta iniciativa comportando novos módulos de questões com o intuito de aprofundar a investigação (Espanha et al., 2016; Sørensen et al., 2015).



AT – Áustria; BG – Bulgária; DE – Alemanha; EL – Grécia; ES – Espanha; IE – Irlanda; NL – Holanda; PL - Polónia

Figura 6 - Países que integraram a primeira fase do HLS-EU. Adaptado de: Pedro, 2018

Surgiu assim, o projeto Literacia em Saúde em Portugal, uma iniciativa do Programa Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian. O inquérito que em português se denominou Inquérito sobre Literacia em Saúde (ILS-PT) teve como principal objetivo conhecer os níveis de Literacia em Saúde em Portugal, identificar limitações, e de que forma se podiam colmatar as necessidades da população portuguesa num sentido de melhoria da qualidade de vida. Esta averiguação de nível de literacia comportou propriedades psicométricas que permitiram a comparação com os restantes países (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016).

Quando comparado com os resultados médios dos restantes países, Portugal apresentou índices de Literacia em Saúde ligeiramente inferiores. A diferença verificada entre Portugal e os restantes no estudo europeu foi pouco expressiva e registou-se no índice relativo aos cuidados de saúde, como é possível ver na Figura 7 (Espanha et al., 2016).

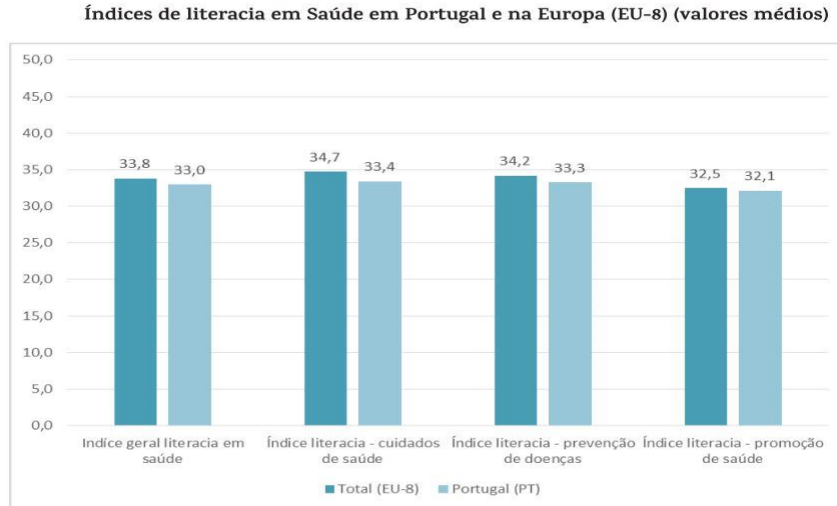
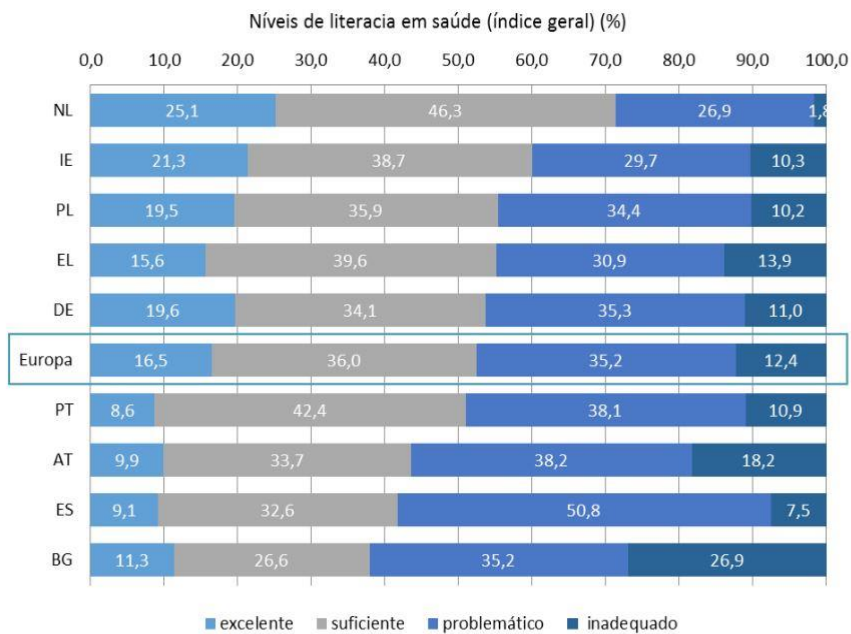


Figura 7 - Índices de Literacia em Saúde em Portugal e na Europa. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016

Como forma de facilitar a compreensão dos dados recolhidos, os autores construíram quatro índices de Literacia em Saúde (Espanha et al., 2016).

a) Índice geral de Literacia em Saúde



NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria; ES - Espanha; BG - Bulgária.

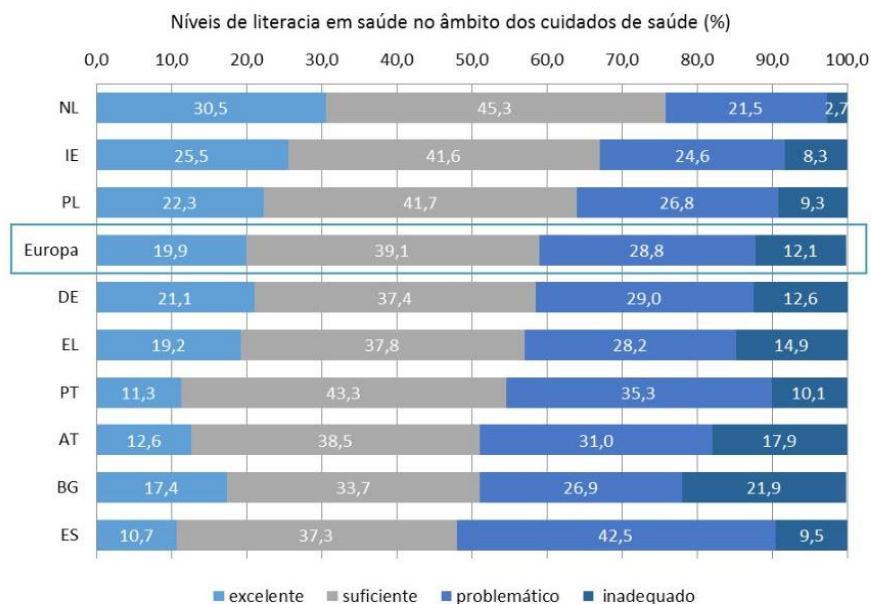
Figura 8 - Níveis de Literacia em Saúde em Portugal e nos países participantes no HLS-EU. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016

Os resultados, observados na Figura 8, sobre o índice geral de Literacia em Saúde, indicaram que 11% da população portuguesa possui um nível de literacia “inadequado” e que aproximadamente 38% da população tem um nível “problemático”. Observou-se ainda que 51% da população portuguesa apresenta um nível “excelente” ou “suficiente”, no entanto, a percentagem no nível excelente (8,6%) foi a mais baixa no conjunto dos países mencionados anteriormente (Espanha et al., 2016).

A Holanda e a Irlanda são os países em que uma maior percentagem da população se concentra nos níveis mais elevados de Literacia em Saúde (71,4% e 60,0% respetivamente).

b) Índice de literacia em Cuidados de Saúde

Neste índice, mais uma vez os dados recolhidos (Figura 9) mostraram que a Holanda, Irlanda e também a Polónia lideram com níveis mais elevados em Literacia em Saúde. Portugal, mais uma vez mostra-se abaixo dos valores médios dos restantes países participantes, com 45,4% dos inquiridos com nível limitado na literacia em cuidados de saúde (35,3% apresenta um nível problemático).



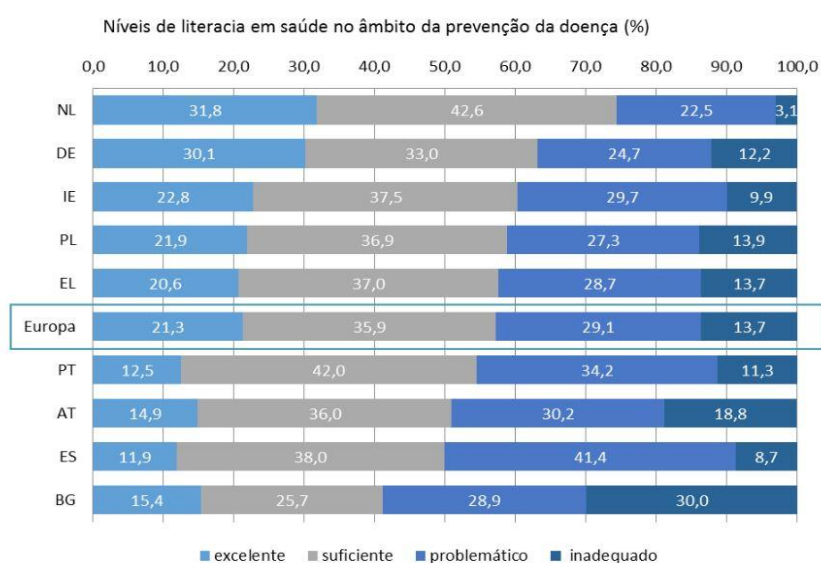
NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL – Grécia; DE – Alemanha; PT – Portugal; AT – Áustria; ES – Espanha; BG – Bulgária.

Figura 9 - Níveis de literacia em cuidados de saúde em Portugal e nos países participantes no HLS-EU. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016

c) Índice de literacia sobre Prevenção de Doenças

No que respeita a este índice, a maior concentração de inquiridos nos níveis de literacia elevados ocorre na Holanda (74,4% com níveis excelentes ou suficientes). Em Portugal, mais uma vez observa-se que os valores se situam abaixo da média com 45,5% (Figura 10) dos inquiridos com limitações no que toca a competências básicas na prevenção de doenças.

Tendo em conta todos os países já mencionados, os valores médios revelam que 42,8% dos participantes possuem limitações na Literacia em Saúde relacionado com este índice.



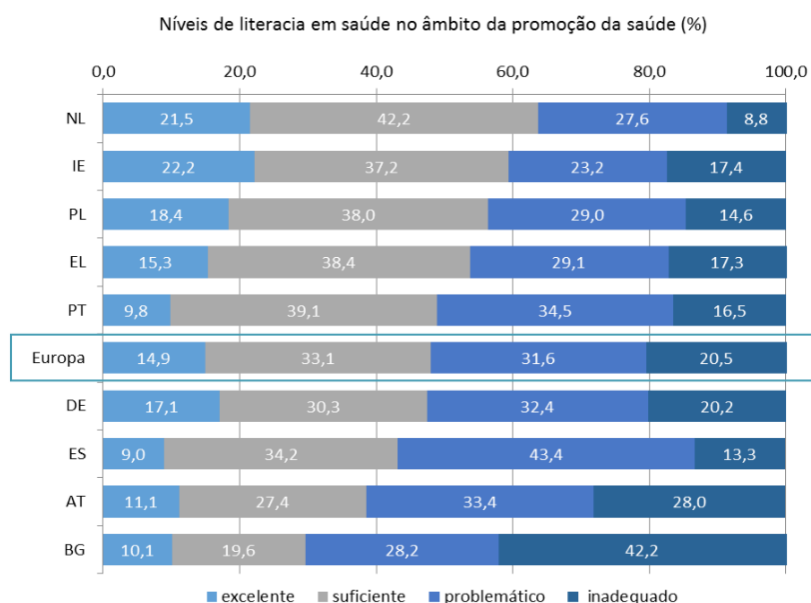
NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL – Grécia; DE – Alemanha; PT – Portugal; AT – Áustria; ES – Espanha; BG – Bulgária.

Figura 10 - Níveis de literacia em prevenção da doença, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016

d) Índice de literacia sobre Promoção de Saúde.

Pela primeira vez Portugal encontra-se ligeiramente acima dos valores médios (Figura 11), apresentando 48,9% dos participantes nos níveis mais elevados de literacia neste índice. Contrariamente, Espanha, Áustria e Bulgária apresentam mais de 55% da população com níveis insuficientes de Literacia em Saúde.

Níveis de literacia em promoção da saúde, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%)



NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL – Grécia; DE – Alemanha; PT – Portugal; AT – Áustria; ES – Espanha; BG – Bulgária.

Figura 11- Níveis de literacia em promoção da saúde, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016

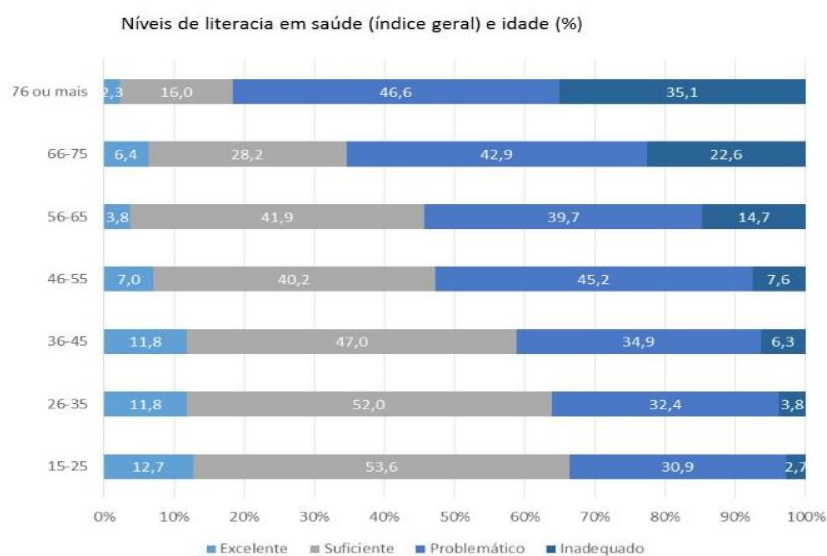
Pode concluir-se que, em comparação com os restantes países que participaram neste projeto, Portugal ocupa uma posição intermédia no índice geral de Literacia em Saúde, com valores ligeiramente inferiores aos restantes, mostrando de forma clara o potencial para aumentar o investimento na área da Literacia em Saúde (Espanha et al., 2016; Telo de Arriaga et al., 2019).

A idade e a escolaridade, dois fatores importantes foram tidos em conta neste estudo, que também permitiram obter conclusões. De seguida serão apresentadas mais duas figuras com os dados obtidos do estudo em questão (Espanha et al., 2016).

(a) Relação entre a idade e os níveis de Literacia em Saúde (índice geral)

Tendo por base os resultados evidenciados na Figura 12, aufere-se que os índices mais baixos de Literacia em Saúde se registam na população mais idosa. O mesmo é transversal para os restantes países. Ainda, os níveis mais elevados registam-se na faixa etária 15-25, o que pode justificar-se pelo facto de serem jovens e ser uma altura da vida em que se

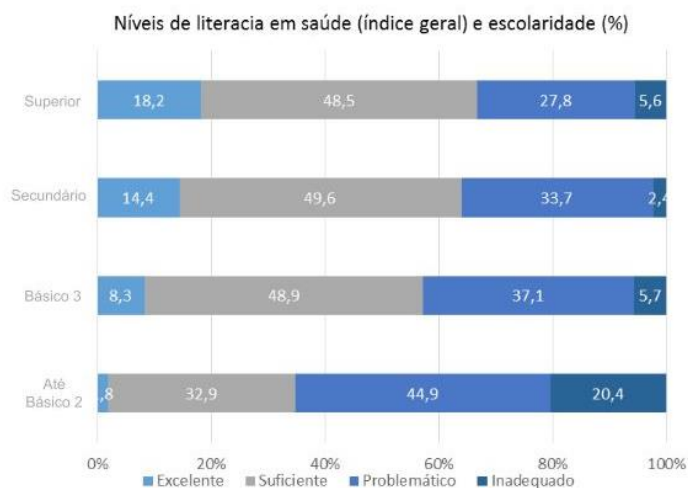
entra em contacto com novas fontes de conhecimento, como o ensino secundário e a universidade.



NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria; ES - Espanha; BG - Bulgária.

Figura 12 - Níveis de Literacia em Saúde e idade. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016

(b) Relação entre escolaridade e os níveis de Literacia em Saúde (índice geral)



NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria; ES - Espanha; BG - Bulgária.

Figura 13 - Níveis de Literacia em Saúde e escolaridade. Retirado de: Espanha, R. et al, 2016

Níveis elevados em Literacia em Saúde tendem a corresponder a indivíduos que tenham alcançado um maior nível de estudos. Em Portugal, mais de 60% dos entrevistados que tinham formação ao nível do ensino superior apresentavam níveis de literacia suficientes ou excelentes (Figura 13). Contrariamente, mais de 60% dos inquiridos com escolaridade baixa demonstravam níveis de Literacia em Saúde inadequados ou problemáticos (Espanha et al., 2016).

Destacou-se neste estudo a existência de subgrupos da amostra que evidenciaram níveis mais baixos de Literacia em Saúde (em todas as dimensões avaliadas), sugerindo a existência de grupos vulneráveis, como os idosos, menos escolarizados, desempregados e reformados (Pedro et al., 2016). Mais ainda, deste estudo concluiu-se que em alguns países, como a Bulgária, não existem apenas baixos níveis de Literacia em Saúde, mas também desigualdades em termos de distribuição da Literacia em Saúde na população em geral, confirmando a existência de um gradiente social. Também, a privação financeira foi indicado como o preditor mais forte de Literacia em Saúde, seguido pela condição social, nível de educação e idade, sendo que o género teve um efeito menor (Sørensen et al., 2015).

Apesar de já existirem algumas políticas públicas de saúde dirigidas à Literacia em Saúde, há ainda muita falta de informação e pouca investigação sobre a temática em Portugal. Foi traduzido e validado, em Portugal, outro instrumento de medição da Literacia em Saúde, o *The Newest Vital Sign™* (NVS-PT). Deste estudo pode concluir-se que numa amostra representativa da população portuguesa, com idades entre 16 e 79 anos, a prevalência de Literacia em Saúde limitada era quase de 3 em cada 4 indivíduos. Comparando a outros países da Europa, a Holanda teve os melhores resultados no NVS, visto que apenas 23,7% dos inquiridos apresentavam Literacia em Saúde limitada e a Espanha apresentou os piores resultados, com 63,1% da população a apresentar Literacia em Saúde limitada. Mais ainda, conseguiu observar-se uma relação positiva entre baixos níveis de Literacia em Saúde e idades mais avançadas, e também, com indivíduos menos escolarizados (Paiva et al., 2017).

Ainda, e tendo em conta a necessidade de mais estudos comparativos entre países da UE, foi desenvolvido o projeto *Health Literacy Population Survey 2019-2021* (HLS19). O HLS19 foi o primeiro projeto do *Measuring Population and Organizational Health Literacy* (M-

POHL), desenhado com o objetivo de recolher dados sobre Literacia em Saúde em diversas populações de forma a serem comparados com o máximo de estados-membros da EU. Com base no HLS-EU, os parceiros do M-POHL desenvolveram e testaram uma metodologia para avaliar a Literacia em Saúde nas populações em geral. Desta forma, pretende-se utilizar um protocolo de estudo conjunto para garantir a comparabilidade e confiabilidade para a análise transnacional e *benchmarking* entre os países participantes. Visto isto, o Projeto HLS19 deverá abrir caminho para pesquisas regulares de literacia em saúde na Europa (Dietscher et al., 2019).

Griese e restantes autores usando o HLS19, definiram o objetivo de desenvolver um instrumento de medição da LS-NAV, que iria ser incluído no HLS19, e recebeu a denominação HL-NAV-HLS19. Um dos peritos envolvidos no processo de desenvolvimento desta nova ferramenta era proveniente de Portugal, estando também planeado que este instrumento fosse utilizado nas futuras pesquisas de Literacia em Saúde em Portugal (Griese et al., 2020).

Por fim, a Literacia em Saúde apresenta um desafio que abrange múltiplos determinantes sociais da saúde e iniquidades em saúde. De forma a lidar com o problema, é necessário promover ações específicas e medidas eficazes, pelos políticos e profissionais de saúde, para fomentar a autonomia dos cidadãos. É de realçar a relevância das qualificações e competências dos profissionais e principais decisores nesta matéria (Espanha et al., 2016; Nutbeam, 2000b; Porr et al., 2006).

3. Metodologia

A revisão da literatura, efetuada no primeiro capítulo, procurou analisar, evidenciar e fundamentar os principais temas associados à Literacia em Saúde. No decorrer deste capítulo serão descritas as etapas de construção do estudo, apresentando os procedimentos e metodologias adotadas, bem como as hipóteses de estudos e questões relacionadas com a presente investigação.

3.1. Objetivos e hipóteses de estudo

O presente estudo tem como objetivo aferir os níveis de Literacia em Saúde na população do ensino superior da Universidade de Coimbra. Outros fatores que influenciam a saúde serão também analisados, tais como, o contexto de vida de cada inquirido. Assim, os objetivos gerais desta investigação são, caracterizar a amostra e avaliar o nível de Literacia em Saúde da população do ensino superior da Universidade de Coimbra. Ainda, foram definidos como objetivos específicos, caracterizar demograficamente a amostra, caracterizar a Literacia em Saúde da amostra, avaliar o nível de Literacia em Saúde da amostra e analisar os contextos pessoal, socioeconómico e académico dos inquiridos e se estes influenciam a Literacia em Saúde.

Atendendo ao tema em estudo, estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação, às quais este estudo pretende responder:

Hipótese 1: Não há relação entre o índice de Literacia em Saúde e a idade

Hipótese 2: Não há relação entre o índice de Literacia em Saúde e o género

Hipótese 3: Não há relação entre o nível de estudos e o índice de Literacia em Saúde

Hipótese 4: Não há relação da Literacia em Saúde entre estudantes e docentes/investigadores

Hipótese 5: Não há relação entre a Literacia em Saúde e pertencer a uma faculdade ligada à saúde

Hipótese 6: Não há relação entre a Literacia em Saúde e o contexto familiar

3.2. Desenho e procedimentos

O estudo realizado, de acordo os objetivos propostos, pode ser considerado do tipo observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, resultante da análise dos dados recolhidos após aplicação do questionário – Formulário de Literacia em Saúde na população do Ensino Superior: desafios em Portugal. Ainda, é estimado como um estudo correlacional, pois para além da análise e descrição das relações entre variáveis, pretende-se analisar e explicar a relação entre estas. O questionário foi colocado na internet com o consentimento informado também presente.

3.3. Instrumento de medição

O questionário utilizado foi composto por quatro grupos. O primeiro grupo incluiu as perguntas do HLS-EU-Q16. Este apresenta 16 itens selecionados que representam 11 dimensões das 12 apresentadas na Tabela 1, sendo que a dimensão não contemplada é a de “Utilizar informação relevante, relacionada com saúde” no domínio da promoção da saúde (Gustafsdottir et al., 2020; Pelikan et al., 2019). Também, um grupo com a caracterização do respondente onde é questionado o contexto económico de cada um, os hábitos de procura de informação em saúde e estado de saúde. E ainda, outros dois grupos, um com a caracterização do estudante, relativamente à situação académica e outro com a caracterização dos docentes e investigadores.

Para calcular os índices de Literacia em Saúde foi seguido o seguinte processo: (1) Calcular o número de itens, tendo em conta os itens associados aos cuidados de saúde (sete itens), à prevenção da doença (cinco itens), à promoção da saúde (quatro itens) e globalmente (16 itens); (2) Definir os critérios para calcular os índices. Apenas se procede ao cálculo do índice se pelo menos seis dos itens dos cuidados de saúde estiverem preenchidos, e pelo menos quatro dos itens relativamente à prevenção da doença e da promoção da saúde tiverem preenchidos. A nível global no mínimo tinham de estar 13 itens preenchidos, ou seja 80% do total.

De modo a calcular corretamente os índices e assegurar a comparação entre eles, os quatro índices calculados foram padronizados numa escala métrica variável entre 0 e 50, através da utilização da seguinte fórmula:

$$I = [(X - 1) / 3] * 50$$

Onde:

I – Índice específico calculado

X – Média das questões respondidas para cada indivíduo

1 – Valor mínimo possível da média (conduz a um valor mínimo do índice igual a 0)

3 – Intervalo da média

50 – Valor máximo escolhido para a escala

De modo a garantir o cálculo correto dos índices e assegurar a comparação entre eles, foram calculados 4 índices cujos valores variam entre 0 e 50, em que o 0 representa o mínimo possível de Literacia em Saúde e o 50, o máximo. O primeiro nível – Literacia em Saúde inadequada- engloba os valores iguais ou inferiores a 25, o segundo nível – Literacia em Saúde problemática - abrange os valores entre 25 e 33, o terceiro nível – Literacia em Saúde suficiente – compreende os valores entre 33 e 42, e por último, o nível quatro – Literacia em Saúde excelente inclui os valores entre 42 e 50 (Pedro et al., 2016).

3.4. Análise estatística

O tratamento estatístico foi processado através dos programas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21 de 2012 para Windows e o Excel para executar alguns dos gráficos apresentados.

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância: (1) $p < 0,05$ - diferença estatística significativa; (2) $p < 0,01$ - diferença estatística bastante significativa; (3) $p < 0,001$ - diferença estatística altamente significativa; e (4) $p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa

A caracterização sociodemográfica da amostra foi realizada através de estatística descritiva, nomeadamente através de frequências absolutas e relativas, média e desvios-padrão. Recorreu-se ao alfa de *Cronbach* para averiguar a fiabilidade e para verificar a correlação entre variáveis utilizou-se a correlação de Pearson. Para se testarem as hipóteses foram utilizados diferentes testes. Assim, para testar a independência das variáveis recorreu-se ao teste do qui-quadrado, para a diferença de médias entre amostras independentes utilizou-se o teste *t-Student*, para testar a normalidade das distribuições utilizou-se teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* e o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* (para mais de duas amostras).

3.5. Considerações éticas

Aos participantes do estudo foram explicados, por escrito, os objetivos do estudo, tendo os mesmos concordado com o consentimento livre, voluntário e esclarecido. Os dados fornecidos são de carácter estritamente anónimo e confidencial e utilizados unicamente para fins de investigação. A recolha de dados foi realizada a nível nacional para o estudo a nível nacional de estabelecimentos do ensino superior no âmbito da rede académica de Literacia em Saúde.

A folha de rosto do questionário apresentada à população do ensino superior continha a seguinte informação:

“Para o efeito, este estudo contempla o preenchimento deste questionário online anónimo (sem qualquer dado identificativo da pessoa). Toda a informação recolhida é confidencial e de natureza exclusivamente académica, para fins de investigação. A recolha de dados decorrerá durante os meses de dezembro e janeiro, findo este período o questionário deixa de estar acessível. Os resultados refletem apenas as respostas dos participantes que manifestaram expressamente o seu consentimento para participar no estudo. (...) Todo o material recolhido e analisado será arquivado em lugar seguro e destruído depois de decorrido 1 mês após o final do estudo; todos os profissionais envolvidos neste estudo estão sujeitos ao dever de sigilo profissional.

Este estudo mereceu o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade do Minho (CEICVS 103/2020).

(...) No processo de tratamento de dados não será possível identificar os respondentes em virtude de os dados serem armazenados de forma agregada e sem identificação individual (garantido deste modo o anonimato); não será possível em circunstância alguma identificar os respondentes.”

Foi ainda apresentado um link que remetia para um documento de consentimento informado, para que cada inquirido pudesse ler.

No começo da resposta ao questionário a primeira pergunta apresentada foi “aceito participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas”, em que as opções de resposta eram “Sim” ou “Não”.

3.6. Medição da Literacia em Saúde

Neste subcapítulo, procurou-se identificar os instrumentos de medição da literacia em saúde identificados na literatura através de uma revisão. O método mais comum é dividir a questão em estudo de acordo com o modelo definido pelo acrónimo PICO (Donato & Donato, 2019; Harris et al., 2014).

<i>Population</i> - População a investigar (População)	População geral
<i>Intervention</i> - Tipo de intervenção (terapêutica, (Intervenção) diagnóstica, preventiva, prognóstica)	Diagnóstica
<i>Comparison</i> - Grupo controlo para comparar (Comparação)	
<i>Outcome</i> - Resultado esperado (Resultado)	Instrumentos de medição da Literacia em Saúde

Na pesquisa dos instrumentos de medição, foram consultadas as bases de dados: PubMed® e Google Scholar. As pesquisas foram realizadas entre Março de 2021 e Agosto de 2021. Após o objetivo do estudo ser identificado, determinam-se os critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Foram incluídos artigos entre 2000 e 2021, em que o objetivo do mesmo fosse a criação ou a validação de instrumentos de medição da Literacia em Saúde

e cujo idioma fosse português, inglês ou espanhol. Foram incluídos apenas artigos com o texto completo disponível.

Assim, na Figura 14 pode ver-se o fluxograma baseado na metodologia PRISMA que demonstra a identificação e a triagem de estudos potencialmente elegíveis determinando o número final de estudos incluídos para análise.

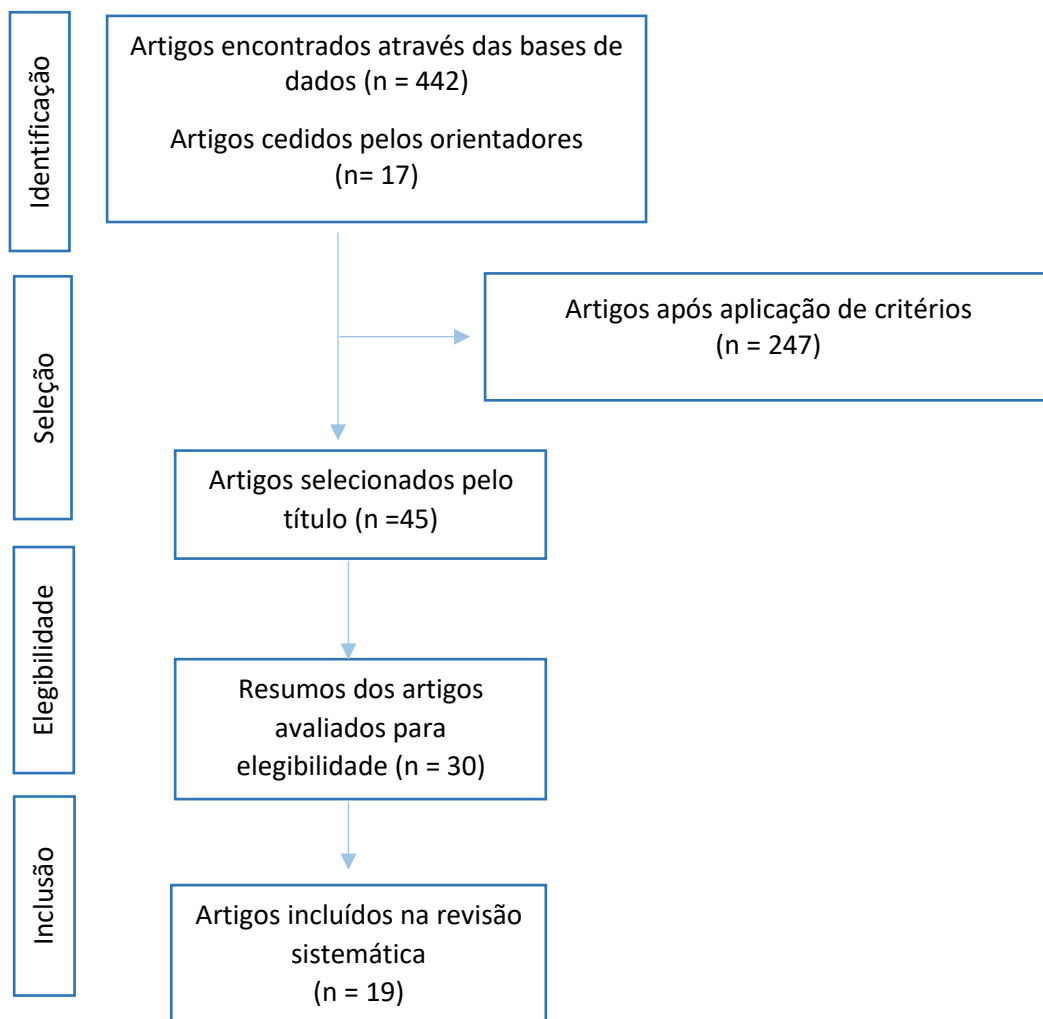


Figura 14 - Fluxograma do processo de revisão

3.7. Literacia em Saúde no Ensino Superior

Neste subcapítulo dedicado exclusivamente à literacia em saúde na população do ensino superior procurou-se identificar-se as áreas de maior importância identificadas na literatura através de uma revisão. O método utilizado, tal como no ponto 2.8 foi o PICO (Donato & Donato, 2019; Harris et al., 2014).

<i>Population</i> - População a investigar (População)	Estudantes, Docentes e Investigadores do Ensino Superior
<i>Intervention</i> - Tipo de intervenção (terapêutica, diagnóstica, preventiva, prognóstica) (Intervenção)	Diagnóstica e Preventiva
<i>Comparison</i> - Grupo controlo para comparar (Comparação)	
<i>Outcome</i> - Resultado esperado (Resultado)	Determinantes que influenciam a literacia em saúde da população em investigação

Por forma a realizar esta pesquisa, foi consultada a base de dados: PubMed®. As pesquisas foram realizadas entre abril de 2021 e agosto de 2021. Após o objetivo do estudo ser identificado, determinam-se os critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Foram incluídos artigos entre 2000 e 2021, em que o objetivo do mesmo fosse o estudo da Literacia em Saúde na população do ensino superior e cujo idioma fosse português, inglês ou espanhol. Foram incluídos apenas artigos com o texto completo disponível. Foram também descartados artigos cujo título e resumo não estivessem diretamente ligados ao objetivo do presente capítulo e artigos com baixa evidência científica.

Assim, na Figura 15 pode ver-se o fluxograma baseado na metodologia PRISMA que demonstra a identificação e a triagem de estudos potencialmente elegíveis determinando o número final de estudos incluídos para análise.

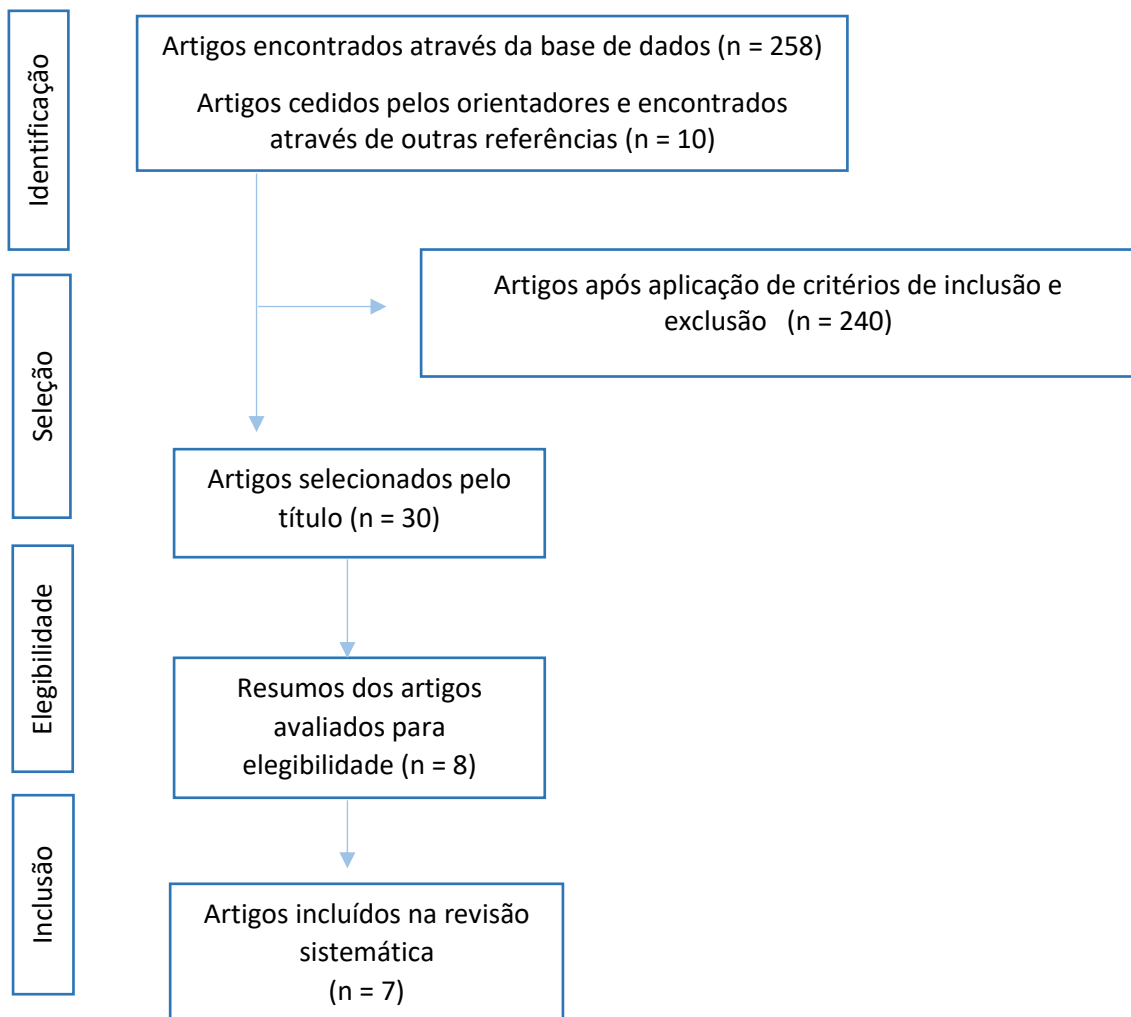


Figura 15 - Fluxograma do processo de revisão

4. Resultados

No presente capítulo, apresentam-se os resultados obtidos das pesquisas referentes aos instrumentos de medição encontrados e os determinantes da população universitária. Posteriormente, são exibidos os dados obtidos e os resultados referentes às análises estatísticas. Este grupo é meramente descritivo, ficando a interpretação dos resultados reservada para o capítulo da discussão de resultados.

4.1. Instrumentos de Medição

A importância da Literacia em Saúde e a necessidade de serem desenhadas medidas e políticas públicas de saúde requer que seja possível avaliar o nível de literacia da população, nomeadamente a portuguesa. Tendo em conta a revisão efectuada foram identificados os seguintes instrumentos de medição dos níveis de literacia em saúde: European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47), Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), Newest Vital Sign (NVS), Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA), The eHealth Literacy Scale (eHEALS), e o Health Literacy Questionnaire (HLQ). Se seguida será apresentada uma breve descrição de cada um deles.

➤ *European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47)*

O questionário europeu de Literacia em Saúde foi desenvolvido com o intuito de comparar a Literacia em Saúde das populações em determinados países (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Países Baixos, Polónia e Espanha), originando um consórcio. Este foi desenhado por forma a comportar as dimensões essenciais definidas na definição e modelo conceptual proposto por Sørensen e autores (Sørensen et al., 2012). O consórcio desenvolveu a estrutura conceptual evidenciando as dimensões já referidas e integrou-as num modelo lógico que identifica fatores que direta ou indiretamente possuem impacto na Literacia em Saúde.

O questionário comporta três domínios – Cuidados de saúde, Prevenção de doenças e Promoção de saúde – originando uma matriz de 12 subescalas (Tabela 1). A versão final consistiu em 47 itens relacionados com estas sub-escalas da matriz, com

aproximadamente 3-5 itens em cada uma. Em termos de escala de pontuação e formato de resposta utilizou-se uma escala tipo Likert com um formato de quatro opções "Muito fácil, fácil, difícil, muito difícil", e ainda "Não sei", que apenas pode ser assinalado pelo entrevistador (Sørensen et al., 2013).

A presente ferramenta de medição destaca-se das restantes pois foi desenvolvido para medir a Literacia em Saúde das populações em geral e não de grupos específicos de utentes, não seguindo um enfoque clínico ou médico restrito, mas capturando uma perspectiva ampla de saúde pública (Sørensen et al., 2013).

Foi estimado o valor do Alfa de Cronbach, demonstrando consistência interna da escala, sendo comparável ao encontrado pelos autores originais e pelos autores das versões de cada um dos países participantes no estudo. Os valores encontram-se entre o intervalo de 0.90 e 0.96 no índice geral de Literacia em Saúde e nos respetivos subíndices. O mesmo acontece no que diz respeito ao grau de correlação entre variáveis, avaliado através do coeficiente de correlação de Pearson, que situa todos os resultados obtidos abaixo de 0.85, o que significa que, apesar da dimensão do questionário, não existe redundância.

O HLS-EU foi validado e traduzido em Portugal a fim de estimar o nível de Literacia em Saúde da população portuguesa com idades superiores a 16 anos. É constituído por 47 perguntas comportando 3 domínios considerados cruciais na saúde. São estes: cuidados de saúde (16 perguntas), promoção da saúde (16 questões) e prevenção da doença (15 perguntas). Contém 4 propriedades principais: (1) acesso a informação, (2) compreensão da informação, (3) competência de avaliação da informação e, (4) aplicação de conhecimentos nas diversas situações (Espanha & Ávila, 2016).

É de realçar que este instrumento mede Literacia em Saúde por autoperceção (Pedro et al., 2016).

O HLS-EU-Q16 é um questionário que surgiu do HLS-EU-Q47. Uma equipa do Consórcio Europeu, usando os dados HLS-EU-Q47, desenvolveu o HLS-EU-Q16 com base na Teoria de Resposta ao Item e Análise Rasch. Visto que este último contemplava as 12 dimensões já observados na Tabela 1, também o HLS-EU-Q16 teria de as incluir. Desta

forma, o questionário HLS-EU-Q16 apresenta então 16 itens selecionados que representam 11 dimensões das 12 iniciais, sendo que a dimensão não contemplada é a de “utilizar informação relevante, relacionada com saúde” no domínio da promoção da saúde (Gustafsdottir et al., 2020; Pelikan et al., 2019).

Uma grande vantagem do uso de instrumentos de medição mais curtos em Literacia em Saúde, como HLS-EU-Q16, é que estes são relativamente fáceis de administrar, tanto em um ambiente clínico como ao nível da população, permitindo uma comparação com outras comunidades (paciente ou geral) (Storms et al., 2017). Estima-se que a administração deste questionário demora aproximadamente 3 minutos (Pelikan et al., 2019). Assim, o presente estudo fará recurso ao questionário de Literacia em Saúde europeu na versão reduzida para 16 itens.

Em Espanha descreveram-se as propriedades psicométricas e o nível de compreensão do questionário de Literacia em Saúde HLS-EU-Q16. Num estudo descritivo transversal para descrever o entendimento, a confiabilidade, a estrutura e consistência do questionário foi estimada uma confiabilidade alta (coeficiente de correlação intraclassa: 0,923; kappa: 0,814). A consistência foi alta com um alfa de Cronbach = 0,982. Concluiu-se então que o HLS-EU-Q16 em espanhol é um instrumento curto, adequado e válido para medir o nível de Literacia em Saúde da população (Nolasco et al., 2020).

Na Noruega, as características psicométricas deste questionário foram estimadas tendo os índices de confiabilidade apresentado os seguintes valores PSI (Separation of Persons Index) = 0.830, PSR (Separation of Persons) = 0.826 e H = 0.882. Comparando com outras versões mais curtas (12 itens), o HLS-EU-Q16 destacou-se como mais confiável (Finbråten et al., 2018).

Ainda, na Islândia ocorreu um estudo com o objetivo de traduzir o HLS-EU-Q16 para o islandês, adaptando a versão, por forma a explorar as suas propriedades psicométricas. A consistência interna determinada no questionário HLS-EU-Q16-IS, de acordo com o alfa de Cronbach foi de $\alpha = 0,88$ e o valor KMO (teste de Kaiser-Meyer-Olkin) = 0,86, dando suporte a adequação da amostra e demonstrando boas características psicométricas (Gustafsdottir et al., 2020).

➤ *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*

O REALM é uma forma de avaliação do conhecimento de palavras relacionadas com a saúde e o tempo de realização e a respetiva pontuação, e demora em média 2 a 3 minutos. Foi desenhado para uso dos profissionais de saúde na deteção dos níveis de Literacia em Saúde dos seus pacientes. Um dos objetivos desta ferramenta era facilitar a avaliação do nível de literacia especialmente em adultos com poucas capacidades de leitura e escrita (Murphy et al., 1993).

Aos utentes é apresentada uma lista com 66 palavras relacionadas com medicina e é lhes pedido que as leiam em voz alta e assim seja possível testar as competências de leitura e pronúncia e capacidade de reconhecer termos das partes do corpo e de doenças. Inicialmente, o REALM foi desenvolvido com 125 palavras, no entanto, foi revisto e a lista diminuiu para 66. A pontuação é tanto maior como o maior número de palavras pronunciadas corretamente, variando de 0 a 66 e identifica o nível de Literacia em Saúde como inadequado (0-44), limitado (45-60) e adequado (61-66) (Murphy et al., 1993).

O REALM foi validado pela primeira vez nos EUA, apresentando uma boa validação, conforme avaliada pelo médico, e receptividade do paciente ao teste. Existem as seguintes versões deste instrumento: (1) REALM-SF, uma versão reduzida com 7 itens; (2) Realm - Revised, versão com 8 itens; (3) SAHLSA – 50 e 18, versões adaptadas em espanhol; (4) SAHLPA – 50 e 18, versão adaptada em português do SAHLSA (Murphy et al., 1993).

Apesar das boas qualidades psicométricas atribuídas a ambos os testes, assim como a sua facilidade e rapidez de aplicação, o REALM não mede a compreensão efetiva das palavras pronunciadas, mas apenas a competência de leitura (Fernandes, 2012) .

➤ *Newest Vital Sign (NVS)*

O NVS foi desenvolvido a partir de uma série de cenários apresentados a cada utente. Os pacientes receberam informação relacionada à saúde, que os próprios leram e, em seguida, demonstraram a sua capacidade de utilizar esta informação respondendo a

perguntas sobre os cenários. Desta forma, e tendo em conta as propriedades psicométricas dos diferentes cenários, o teste NVS passou a representar apenas um cenário (recorrendo a um rótulo nutricional de um gelado). As perguntas são tidas como corretas ou incorretas. O tempo de duração do teste dura em média 2.9 minutos (Martins & Andrade, 2014)(Weiss et al., 2005).

A consistência interna do NVS foi considerada boa com um alfa de Cronbach = 0,76, bem como a validade de critério ($r = 0,59$, $P < 0,001$) (Weiss et al., 2005). Weiss *et al*, (2005), concluíram que o NVS tem uma boa sensibilidade, e pode até ser considerado mais sensível do que o TOFHLA em relação à literacia marginal em saúde. Em 2014, estimou-se que a versão original evidenciou propriedades psicométricas satisfatórias, e fidelidade (alfa de Cronbach = 0,84) e validade adequadas (Martins & Andrade, 2014).

Este instrumento de medição foi validado para em Portugal, o NVS-PT, que utiliza um rótulo nutricional de um gelado que é apresentado a cada inquirido, sendo efetuadas seis questões que vão permitir avaliar os níveis de literacia e numeracia de cada um. Esta ferramenta foi traduzida e validada para a língua portuguesa, o NVS-PT. Em termos de pontuação, esta varia de 0 a 6 de acordo com o número de respostas corretas. Pontuações acima de 4, indicam que o utente tem no mínimo um nível razoável de literacia, enquanto abaixo de 4 indica um nível limitado (Paiva et al., 2017).

Os autores do NVS-PT adaptaram culturalmente o NVS original, considerado um instrumento breve e simples, mostrando-se válido e confiável. O alfa de Cronbach estimado foi de 0,67 para o total dos itens, revelando que o NVS-PT tem consistência interna aceitável. A validade de construto também foi avaliada tendo em conta os resultados dos testes de hipóteses de que o NVS-PT estará positivamente relacionado com melhores pontuações de autoeficácia, melhores estilos de vida e negativamente com a idade, uma vez que a pessoas mais velhas está associado um nível mais baixo de Literacia em Saúde (Martins & Andrade, 2014).

➤ *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)*

O TOFHLA consiste num teste de reconhecimento de termos e conceitos médicos ordenados por complexidade por número de sílabas, e pelo grau de dificuldade de leitura. É composto por 50 itens de compreensão e 17 itens de competências numéricas. O tempo de aplicação do teste demora em média 22 minutos. É considerado um indicador válido e de confiança para avaliar as competências de leitura de informação, relacionada com a saúde, de cada utente (Parker et al., 1995).

A pontuação deste instrumento varia entre 0 e 100, 50 pontos para a vertente de compreensão e 50 pontos para a vertente numérica. Assim, pontuação entre 0 e 59 equivale a um nível de literacia inadequado, pontuação de 60-74 mostra um nível de literacia marginal, e pontuação entre 75 e 100 indica um nível adequado de Literacia em Saúde (Andreia et al., 2019).

Tendo em conta a consistência interna e recorrendo ao alfa de Cronbach = 0.98 e ao coeficiente Spearman-Brown = 0.92, estimou-se uma confiabilidade excelente da ferramenta. Em termos de validade, comparou-se as correlações entre o TOFHLA com o REALM e o WRAT-R (Wide Range Achievement Test-Revised), com valores de 0,84 e 0,74, respetivamente (Parker et al., 1995).

Sendo um teste bastante mencionado na área da Literacia em Saúde, existem algumas versões para além da original em inglês, são estas: (1) TOFHLA- espanhol; (2) S-TOFHLA, versão reduzida com apenas 36 itens; (3) S-TOFHLA- versão abreviada em espanhol; (4) TOFHLA, sérvia; (5) S-TOFHLA, versão sérvia; e (6) S-TOFHLA, versão portuguesa (Parker et al., 1995).

➤ *The eHealth Literacy Scale (eHEALS)*

Uma vez que a maioria da população tem acesso à internet e a todo o tipo de informação relacionado com a saúde é fundamental avaliar se as ferramentas eletrónicas de saúde são métodos adequados na promoção da saúde e no auxílio de cuidados de saúde (Norman et al., 2006).

A tomada de decisão informada requer que cada membro integrante da população seja capaz de ter acesso, compreender e processar a informação de saúde que lhe é fornecida, como por exemplo em sites de saúde. Cada cidadão deve ser capaz também de avaliar se a informação a que tem acesso é de qualidade ou não (Norman et al., 2006).

O eHEALS utiliza uma escala de oito itens e utiliza uma escala de Likert de cinco pontos para cada pergunta, variando de concordo totalmente a discordo totalmente, por forma a medir o conhecimento, conforto e percepção de capacidades de cada indivíduo na pesquisa, avaliação e uso de informação relacionada com a saúde disponível via Internet (Norman et al., 2006).

Foi realizada uma análise aos oito itens apresentados, que permitiu chegar ao coeficiente alfa (α) de 0,88, e também, calcular as correlações da escala de itens que variaram de $r=0,51$ a $0,76$. A confiabilidade teste-reteste mostrou estabilidade ao longo do tempo, desde a consulta inicial até o acompanhamento de seis meses ($r = 0,68$ a $0,40$). Desta forma, os altos níveis de consistência interna e confiabilidade teste-reteste do eHEALS sugerem que ele tem utilidade para avaliar a Literacia em Saúde em ambiente digital como também para avaliar os resultados das intervenções nesta área da Literacia em Saúde (Norman et al., 2006).

O eHEALS mostrou-se promissor para medir os níveis de Literacia em Saúde, o que é também suportado pelos elevados níveis de consistência interna e confiabilidade teste-reteste do eHEALS. Desta forma, entende-se a utilidade desta ferramenta na avaliação da Literacia em Saúde digital ao longo dos anos permitindo ainda, avaliar os resultados em saúde provenientes da implementação de intervenções de saúde no meio digital (Norman et al., 2006).

➤ *Health Literacy Questionnaire (HLQ)*

Osborne et al. (2013), procuraram desenvolver uma ferramenta que fosse capaz de detetar as várias necessidades de pessoas de uma certa comunidade com a finalidade de descrever a literacia das populações, medir resultados de saúde pública e ainda, de

se estabelecerem intervenções e assim se conseguir melhorar os níveis de Literacia em Saúde.

O HLQ possui nove escalas, em que cada uma mede um aspecto do construto multidimensional da Literacia em Saúde. Cada escala comporta entre quatro a seis itens que estão diretamente ligados com a dimensão que a escala contém. Nas primeiras cinco escalas as respostas possíveis são, “Discordo totalmente, discordo, concordo, concordo totalmente”, com uma pontuação possível de um a quatro, enquanto que nas escalas de seis a nove, a pontuação vai de um a cinco para as seguintes opções de resposta “Não posso fazer, muito difícil, muito difícil, fácil, muito fácil” (Hawkins et al., 2017; Osborne et al., 2013).

Os itens que representam os construtos foram cuidadosamente desenvolvidos e testados em populações-alvo, indicando estes nove construtos como robustos e que os itens desenhados para os medir apresentavam propriedades psicométricas boas a excelentes (Osborne et al., 2013).

Como foi possível observar, existe uma variedade de ferramentas disponíveis no que toca à medição dos níveis de Literacia em Saúde. No entanto, reconhece-se que muitas apresentam limitações notórias. As limitações mais evidentes na maioria das ferramentas são que elas falham em capturar todos os aspetos relevantes da Literacia em Saúde, focando-se apenas em algumas dimensões do conceito (Sørensen et al., 2013).

Por fim, e já apresentados os principais instrumentos de medição nesta área, em primeira instância escolhe-se o instrumento de medição considerado mais pertinente de forma a ocorrer uma monitorização do nível de Literacia em Saúde da população portuguesa por forma a aferir a situação do país relativamente a esta temática. Assim, é possível desenhar planos de ação e novas medidas que contribuam para o aumento das competências de cada cidadão, para que depois se possa fazer uma segunda avaliação com recurso aos mesmos instrumentos de medição de resultados e ser possível retirar conclusões relativamente ao impacto das medidas implementadas.

4.2. Determinantes da Literacia em Saúde na população do Ensino Superior

Os estudantes do ensino superior experienciam altos níveis de sofrimento psicológico, que excedem os níveis experimentados por não alunos e por isto estão mais propensos a terem comportamentos prejudiciais à sua saúde. Desta forma, serem detentores de um nível adequado em Literacia em Saúde pode ajudá-los a tomarem melhores decisões sobre o seu estilo de vida evitando comportamentos menos saudáveis, como uma alimentação desequilibrada e realizarem menos exercício físico, privação de sono, pressão de pares para consumo de substâncias psicotrópicas, que poderá refletir-se num mau desempenho académico (Apolinario et al., 2012; Rababah et al., 2019).

Há circunstâncias comuns na maioria dos estudantes universitários que podem afetar negativamente a saúde destes, incluem-se, as responsabilidades académicas e as altas expectativas que daí advêm, a necessidade de construir uma vida social, preocupações monetárias e os novos ajustes do estilo de vida. Desta forma, as universidades são consideradas locais ideais para a implementação de programas centrados na promoção de saúde (Rababah et al., 2019).

Os resultados da *American College Health Association-National College Health Assessment* (ACHA-NCHA), mostraram que uma percentagem considerável de estudantes não tinha recebido informação relacionada com tópicos específicos por parte das suas instituições de ensino. Ao mesmo tempo, os mesmos alunos demonstraram interesse em serem expostos a este tipo de informação. Muitos dos tópicos que não são abordados aparentam ter grande importância em diferentes áreas da saúde (física, psicológica, psiquiátrica, social e reprodutora) (ACHA, 2018; Rababah et al., 2019).

O efeito de longo prazo de comportamentos não saudáveis é prejudicial, pois aumentam o risco de risco de vida, problemas crónicos, como doenças cardiovasculares, e problemas de saúde mental. Portanto, compreender as necessidades de saúde dos jovens adultos, por meio de investigação da Literacia em Saúde, está no foco da promoção da saúde e prevenção de doenças. Num estudo levado a cabo por *Rababah et al*, foi realizado um questionário de Literacia em Saúde – Health Literacy Questionnaire (HLQ) – a estudantes

universitários da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Jordânia, e incluía temas e itens relacionados com a idade, género, área de estudos, ano de estudos, status de fumador, presença de doenças crónicas, alergias, historial de vacinação e a atividade física, de cada inquirido. Os autores utilizaram a versão árabe do questionário que foi providenciada pelos autores que desenvolveram esta ferramenta de medição. Apesar de não terem sido realizados estudos sobre as propriedades psicométricas do HLQ, este foi traduzido recorrendo a um processo rigoroso que assegurou a consistência das versões traduzidas. Mais ainda, e para assegurar a representatividade da amostra, foram recrutados estudantes da área da saúde (proporcionalmente ao número de alunos desta área de estudos) e estudantes que representavam os diferentes anos do curso (Rababah et al., 2019)

Relativamente aos resultados, as médias mais baixas em termos de pontuação estavam relacionadas com o item “Sinto-me compreendido e apoiado por profissionais de saúde” e “Navegar no sistema de saúde”. Estes resultados a nível individual refletem o insucesso na tomada de decisão e na procura de serviços de saúde, enquanto que a nível coletivo refletem negativamente a disponibilidade e acesso a informação fidedigna de saúde que dê resposta às necessidades de cada um (Rababah et al., 2019).

Por fim concluiu-se que o género, status de fumador, ano e área de estudos tinham um efeito na Literacia em Saúde, sendo que não foi encontrada uma relação significativa entre a idade e esta. Em detalhe, observou-se que a idade tinha maior efeito na seguinte medida “Avaliação da informação relacionada com saúde”. Ainda, os alunos de primeiro, segundo e terceiros anos apresentavam níveis mais baixos de Literacia em Saúde nas seguintes medidas “Sinto-me compreendido e apoiado por profissionais de saúde”, “Avaliação da informação de saúde” e “Compreensão da informação de saúde”. Em termos de género, os resultados mostraram que estudantes do sexo feminino apresentavam maior nível de Literacia em Saúde nas seguintes áreas: “Apoio social para a saúde”, “Navegação do sistema de saúde”, “Capacidade de encontrar informação de saúde fidedigna” e “Compreensão da informação em saúde”. Também, estudantes que não eram fumadores apresentavam níveis superiores de Literacia em Saúde em 7 das 9 escalas do HLQ (Rababah et al., 2019).

Na China, foi também realizado um estudo sobre Literacia em Saúde nos estudantes da Universidade de Medicina de Chongqing, recorrendo ao HQL. A amostra utilizada no estudo era composta por 250 (19,7%) estudantes do sexo masculino e 1022 (80,3%) estudantes do sexo feminino. Os alunos foram divididos em três grupos, de acordo com as suas notas, o grupo 1, 2 e 3. As estudantes do sexo feminino ultrapassaram os alunos do sexo masculino em todas as notas. Em todas as escalas as notas do grupo 3 mostraram-se sempre superiores, enquanto que no grupo 1 eram as mais baixas. Nas escalas “Sentir-me compreendido e apoiado por profissionais de saúde”, “Gestão ativa do meu estado de saúde”, “Avaliar informação de saúde” e “Capacidade de estar ativamente envolvida com profissionais de saúde”, os grupos 1 e 2 mostraram pontuação mais baixa que o total da pontuação média. Nas escalas “Apresentar informação suficiente para gerir a minha saúde”, “Apoio social para a saúde”, “Navegar o sistema de saúde”, “Capacidade de encontrar informação de saúde fidedigna” e “Compreender o suficiente a informação de saúde para saber o que fazer”, apenas as pontuações médias do grupo 1 são menores que a média total de pontuação (Zhang et al., 2016).

Relativamente ao género, em todas as escalas os estudantes do sexo masculino apresentavam pontuações mais elevadas do que o sexo feminino, com exceção na seguinte escala “Sinto-me compreendido e apoiado por profissionais de saúde”. As diferenças observadas nas escalas “Capacidade de se envolver ativamente com profissionais de saúde”, “Navegar o sistema de saúde”, “Capacidade de encontrar informação de saúde fidedigna”, e “Compreender suficientemente a informação de saúde para saber o que fazer”, foram estatisticamente significantes ($p < 0.05$). A pontuação média dos estudantes do sexo feminino foram mais baixas que a pontuação média total, com exceção nas seguintes escalas: “Sentir-me compreendido e apoiado por profissionais de saúde”. A pontuação mais baixa no sexo masculino foi observada na escala “Avaliar informação de saúde”, e no sexo feminino foi “Gerir ativamente a minha saúde” (Zhang et al., 2016).

A pontuação média de cada escala tendo em conta o tipo de residência de cada aluno indicou que os estudantes residentes em áreas urbanas apresentavam pontuação média mais elevada do que os que viviam em áreas rurais. As pontuações médias mais altas observaram-se na escala “Apoio social para a saúde”, enquanto que as mais baixas para áreas urbanas foi na escala “Gestão ativa da minha saúde” e para as áreas rurais foi na

escala “Avaliar informação de saúde”. No geral, a pior pontuação foi encontrada na escala “Sentir-me compreendido e apoiado por profissionais de saúde”. A melhor pontuação para a área urbana foi “Compreender suficientemente informação de saúde para saber o que fazer” e, na área rural foi “Apoio social para a saúde” (Zhang et al., 2016).

A pontuação média para cada escala nas diferentes faculdades indicou que os estudantes de engenharia apresentavam pontuações médias mais elevadas do que os estudantes de medicina ou das ciências da vida, com uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0.01$). A pontuação mais baixa nos alunos de engenharia foi na escala “Avaliar informação de saúde”, e para os alunos de medicina/ciências da vida foi “Gerir ativamente a minha saúde”. No geral, a pior pontuação foi observada em “Sentir-me compreendido e apoiada por profissionais de saúde” e a melhor foi em “Compreender suficientemente informação de saúde para saber o que fazer (em ambas as áreas de engenharia e medicina/ciências da vida)” (Zhang et al., 2016).

As pontuações mais baixas indicam que os alunos têm dificuldade em abordar os diferentes profissionais de saúde, que pode estar associada à falta de confiança nos mesmos. Através de modelos de regressão linear, os investigadores concluíram que as notas, faculdade, depressão ou ansiedade, status socioeconómico e nível de educação dos pais eram fatores de influência da Literacia em Saúde (Zhang et al., 2016).

Foi realizado um estudo levado a cabo por Sukys e outros investigadores com o objetivo de medir as competências de Literacia em Saúde numa amostra de estudantes universitários e de avaliar a relação entre estas competências e a sua educação em saúde universitária. Este estudo teve lugar na Lituânia, em 2015, nas universidades de Kaunas, Klaipeda, e Vilnius, com recurso ao *The European Health Literacy Survey Questionnaire* (HLS-EU-Q). O HLS-EU-Q mede a Literacia em Saúde baseado em três domínios principais (cuidados de saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças) (Sukys et al., 2017).

Mais de 70 % dos estudantes de ambos os géneros indicaram que estavam inscritos em unidades curriculares relacionadas com saúde e frequentavam uma média de 2.05 aulas por semana. Em toda a amostra, 6.9 % apresentava um nível adequado de Literacia em Saúde e 23.5 % tinha um nível excelente de Literacia em Saúde. O índice mais alto de

Literacia em Saúde observou-se no domínio de cuidados de saúde, seguido dos índices domínio de prevenção de doenças e promoção de saúde (Sukys et al., 2017).

Nos três domínios foram avaliadas as seguintes competências: acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação de saúde. Os resultados sugeriram que a pontuação mais alta deu-se na medida “Compreender informação relacionada com a saúde” e que as dificuldades percebidas pelos estudantes variam entre os domínios estudados. Acesso à informação foi considerada a competência mais difícil no domínio da promoção da saúde, enquanto que utilizar informação foi considerada mais difícil no domínio de prevenção de doenças do que no domínio de cuidados de saúde (Sukys et al., 2017).

Foram estudadas as relações entre as variáveis em estudo e os domínios da Literacia em Saúde. Em termos de género, os inquiridos do sexo feminino apresentaram níveis significativamente mais elevados em todos os domínios da Literacia em Saúde. O facto de estarem inscritos ou não em unidades curriculares associadas à saúde não apresentou relação significativa com o nível de Literacia em Saúde. No entanto, participar em um maior número de unidades curriculares relacionadas com saúde por semana estava positivamente associado com a pontuação do domínio de promoção de saúde (Sukys et al., 2017).

Relativamente às competências de Literacia em Saúde, foram encontradas relações significativas entre o género e o acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação de saúde no domínio de cuidados de saúde, bem como no acesso, compreensão e avaliação de informação no domínio da prevenção de doenças. Inquiridos do sexo masculino tinham pontuações muito mais baixas o que sugere uma dificuldade acrescida nestas competências em cada domínio. No entanto, no domínio da promoção da saúde estas relações foram menos óbvias, com exceção de “compreender informação” pelo sexo feminino (pontuações mais elevadas) (Sukys et al., 2017).

Estes resultados podem ser explicados pela especificidade de cada domínio da Literacia em Saúde, daí que se vejam algumas diferenças. Ter conhecimento na área da saúde pode ter tido um impacto menor no domínio de cuidados de saúde devido à idade dos entrevistados, uma vez que as idades dos jovens adultos estão associadas a níveis mais elevados de Literacia em Saúde (Sukys et al., 2017).

Outro estudo avaliou a Literacia em Saúde de estudantes de licenciatura e de pós-graduação matriculados em uma grande universidade entre fevereiro e abril de 2018. Por forma a obter resultados os autores recorrem ao *Short Test of Functional Health Literacy* (S-TOFHLA). Uma das hipóteses em estudo era que os níveis de Literacia em Saúde eram influenciados pelas características demográficas. Exploraram a relação entre a pontuação obtida no S-TOFHLA com a idade, género, etnia, língua materna, área de estudos, classificação universitária (ex. caloiros) e anos de experiência em cuidados de saúde (Dolezel et al., 2020).

Com recurso ao S-TOFHLA, com pontuações entre 0 e 16, estimou-se um nível de literacia inadequado, entre 17 e 22, nível marginal de Literacia em Saúde e entre 23 e 36 um nível adequado de Literacia em Saúde. Os resultados indicaram que em média os estudantes universitários apresentavam um nível adequado de Literacia em Saúde. No entanto, este estudo demonstrou disparidades demográficas que precisam de mais investigação.

Os resultados em geral demonstraram que a classificação universitária foi a variável que apresentou correlação mais forte com as pontuações do S-TOFHLA. Observou-se que a etnia também era um fator preditivo de Literacia em Saúde. Ainda, a idade estava significativamente relacionada com a Literacia em Saúde, com níveis de classificação constantes. Neste estudo, os estudantes do sexo masculino obtiveram pontuações mais altas que os do sexo feminino, os licenciados também obtiveram pontuações mais elevadas, e estudantes com língua materna francesa obtiveram as pontuações mais elevadas no setor da linguagem. Por último, o facto de alguns alunos já possuírem experiência no setor da saúde não está associado a níveis mais elevados de Literacia em Saúde (Dolezel et al., 2020).

Outro estudo realizado, em 2015, numa população de estudantes universitários de enfermagem, que frequentavam o primeiro e quarto anos, fez recurso ao *The adult health literacy scale* (AHLS). Os resultados indicaram que 84.8% dos alunos eram mulheres (60.4% frequentavam o primeiro ano). Ainda, observou-se, que as circunstâncias sócio-demográficas dos alunos (género, nível de educação do pai ou mãe, renda mensal familiar e área de residência) não influenciavam a pontuação do AHLS (Ayaz-Alkaya & Terzi, 2019).

É transversal a todos os estudos que existe uma percentagem considerável de alunos com um nível insuficiente de Literacia em Saúde, que pode ser diminuída, por exemplo, pela obrigatoriedade de uma unidade curricular relacionada com a saúde. Iniciativas como esta têm de ter o objetivo claro de auxiliar todos os alunos para que estes se possam sentir suportados, e que contribua para o aumento dos níveis de Literacia em Saúde. Ainda, algumas discrepâncias verificadas em diferentes estudos podem ser atribuídas aos diferentes fatores, incluindo as diferenças de sistemas educativos em cada país e às características socioculturais de cada um (Dolezel et al., 2020; Rababah et al., 2019; Sukys et al., 2017).

4.3. Descrição do estudo e da amostra

A população deste estudo abrangeu a comunidade do ensino superior português. Foram estabelecidos como critérios de inclusão frequentar o ensino superior em todas as áreas de estudo apresentadas, bem como ser docente ou investigador. Sendo um questionário desenhado para ser preenchido on-line, foi enviado o convite a todos os membros desta comunidade. Relativamente à base de dados total proveniente do preenchimento do formulário, foram recebidos 6657 registos. Destes, foram apagados 245 por respostas em branco (n=192) ou por se terem recusado a responder à questão “aceito participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas” (n=53). Assim, a base final possui 6 412 registos. Na amostra em estudo, foram apenas incluídas as respostas referentes à Universidade de Coimbra, constituída por 1210 registos (18,8% do total).

Neste capítulo, primeiramente será apresentada a análise descritiva relativamente ao tempo tomado para preenchimento do questionário. O valor mínimo corresponde às pessoas que não responderam na totalidade ao questionário, e os valores mais elevados, associam-se aos inquiridos que começaram a responder o questionário e por alguma razão tiveram de interromper e voltar mais tarde para o completar. Excluindo os 2,5% da amostra que demoraram menos tempo e os 2,5% que demoraram mais tempo, a média final aparada fica em 7 minutos e 33 minutos.

Relativamente à janela de tempo da data que o questionário foi lançado para a comunidade da Universidade de Coimbra e a data final de acesso, o Gráfico 1 discrimina semanalmente os respondentes. Existem dois grandes picos de respostas, nas semanas de 3 de fevereiro de 2021 e 20 de março de 2021, que coincidem com as datas de divulgação do questionário por parte da Universidade de Coimbra e do envio de um lembrete aos estudantes, sendo que o primeiro registo foi no dia 26 de janeiro de 2021 e o último registo a 17 de abril de 2021.

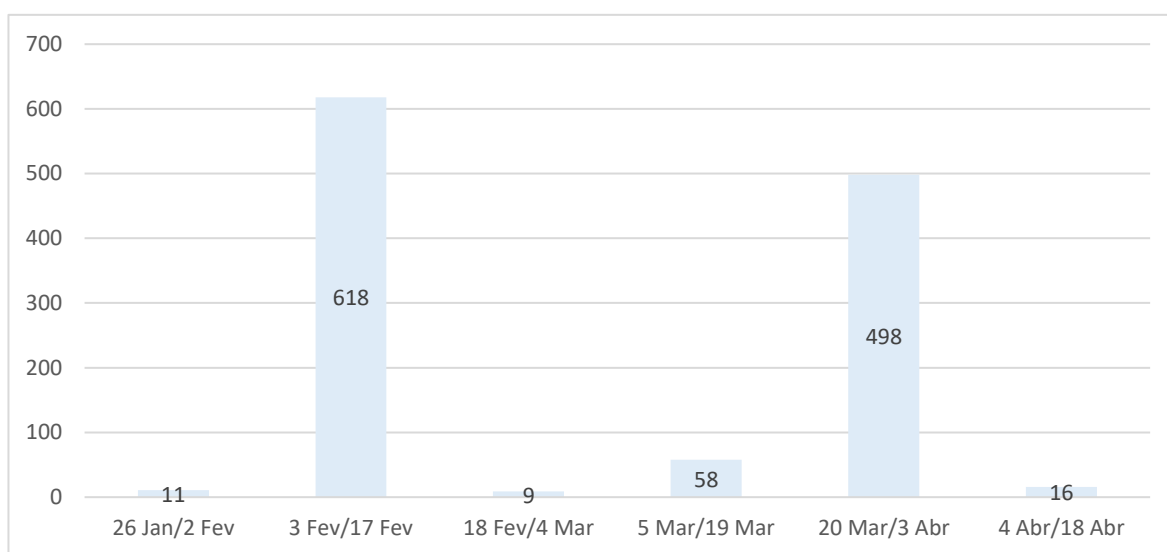


Gráfico 1 – Janela de tempo das respostas ao questionário HLS-EU-Q16

4.3.1. Descrição sociodemográfica

Os principais dados sociodemográficos da amostra são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Dados sociodemográficos (n=1210)

Variável	Valor	N	%
Género	Feminino	860	71,1
	Masculino	338	27,9
	Autodescrição	7	0,6
	NS/NR	5	0,4
Idade	Média±DP	32.1±14.1	
	Min - Max	17-75	

Com que frequência o dinheiro que tem à disposição é suficiente para os seus gastos de alimentação, habitação, educação e saúde	Nunca	12	1,0
	Raramente	40	3,3
	Às vezes	133	11,0
	Quase sempre	352	29,1
	Sempre	636	52,6
	NS/NR	37	3,1
Qual a escola/ Faculdade/ Instituto	Faculdade de Ciências e Tecnologia	366	30,2
	Faculdade de Letras	225	18,6
	Faculdade de Economia	159	13,1
	Faculdade de Medicina	109	9,0
	Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação	107	8,8
	Faculdade de Direito	105	8,7
	Faculdade de Farmácia	89	7,4
	Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física	25	2,1
	Instituto de Investigação Interdisciplinar	20	1,7
	Colégio das Artes	5	0,4
Função desempenhada	Estudante	904	74,7
	Docente	180	14,9
	Investigador	101	8,3
	Outro	25	2,1

NS/NR – Não sabe ou não respondeu; DP – Desvio-padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo.

Dos 1210 respondentes elegíveis, a maioria pertence ao sexo feminino, representando 71,1% (n=860) da amostra. Em termos de descrição de amostra relativamente às idades, pode ver-se, também, que a idade mínima registada foi de 17 anos e que a idade máxima foi de 75 anos, sendo que a média foi de 32,1 anos.

Tendo em conta a situação socioeconómica, 81,7% responderam que quase sempre o dinheiro era suficiente para as suas despesas. No entanto, o rendimento de 4,3% raramente ou nunca é suficiente.

Relativamente às faculdades a que os inquiridos pertencem, foi feita uma divisão por área de estudos para uma melhor compreensão. 30,2% dos inquiridos pertencem à área das ciências, 36,1% à área das humanidades (Faculdades de Letras, Psicologia e de Ciências da

Educação e Direito), 16,4% à área da saúde (farmácia e medicina) e 13,1% à área de economia.

A maioria da amostra foi composta por estudantes (74,7%). Para uma melhor análise das hipóteses, as opções foram agrupadas em dois grupos, Estudantes e Docentes/Investigadores/Outros.

Os dois últimos grupos do questionário dividiram-se na caracterização de estudantes e na caracterização de Docentes/Investigadores/Outros. Assim em seguida serão apresentadas duas tabelas, Tabela 4 e Tabela 5, com a informação referente a esta caracterização.

Tabela 4 - Caracterização dos estudantes (n=904)

Variável	Valor	N	%
Em que área científica se situa o curso que frequenta	Saúde	137	15,2
	Humanidades	120	13,3
	Ciências da Vida	110	12,2
	Ciências Sociais e do Comportamento	110	12,2
	Direito	84	9,3
	Engenharia e Técnicas Afins Agricultura	83	9,2
	Ciências Empresariais	60	6,6
	Desconhecido ou não especificado	56	6,2
	Informática	31	3,4
	Formação	19	2,1
	Informação e Jornalismo	17	1,9
	Artes	15	1,7
	Matemática e Estatística	15	1,7
	Motricidade Humana	13	1,4
	Arquitetura e Construção	12	1,3
	Ciências Físicas	10	1,1
	Serviços Sociais	6	0,7
	Proteção do Ambiente	3	0,3
Silvicultura e Pescas	3	0,3	
Nível de estudos que frequenta	Licenciatura	401	44,4
	Mestrado Integrado	162	17,9
	Pós-graduação	11	1,2
	Mestrado	148	16,4
	Doutoramento	157	17,4
	Outro	25	2,8
Completo curso superior de saúde antes?	Sim	67	7,4
	Não	829	91,7
	NS/NR	8	0,9

Escolaridade dos pais	Não sabe ler, nem escrever	3	0,3
	Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	5	0,6
	1º ciclo (até 4º ano)	74	8,2
	2º ciclo (5º e 6º ano)	49	5,4
	3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)	135	14,9
	Secundário	231	25,6
	Ensino Superior	398	44,0
	NS/NR	9	1,0
Pais profissionais de saúde	Sim	127	14,0
	Não	777	86,0

NS/NR – Não sabe ou não respondeu

Tabela 5 - Caracterização dos docentes/Investigadores/Outros (n=306)

Variável	Valor	N	%
Nível de escolaridade	Licenciatura	13	4,2
	Mestrado	61	19,9
	Doutoramento	226	73,9
	Outro	5	1,6
	NS/NR	1	0,3
Atividade profissional exclusivamente relacionada com a área de saúde	Sim	56	18,3
	Não	249	81,4
	NS/NR	1	0,3
É profissional de saúde	Sim	34	11,1
	Não	271	88,6
	NS/NR	1	0,3

NS/NR – Não sabe ou não respondeu

Os principais dados de saúde da amostra são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Dados de saúde da amostra (n=1208)

Variável	Valor	N	%
Tem alguma doença crónica	Sim	303	25,1
	Não	905	74,9

Como considera o seu estado de saúde	Muito mau	2	0,2
	Mau	17	1,4
	Razoável	272	22,5
	Bom	667	55,2
	Muito bom	245	20,3
	NS/NR	5	0,4

NS/NR – Não sabe ou não respondeu

Foi ainda avaliada a situação de saúde de cada participante, mais propriamente, se estes sofriam de doenças crónicas, tendo-se concluído que aproximadamente 75% da amostra não padecia de nenhuma doença crónica. Em casos afirmativos, descobriu-se qual o grupo de doenças (Gráfico 2).

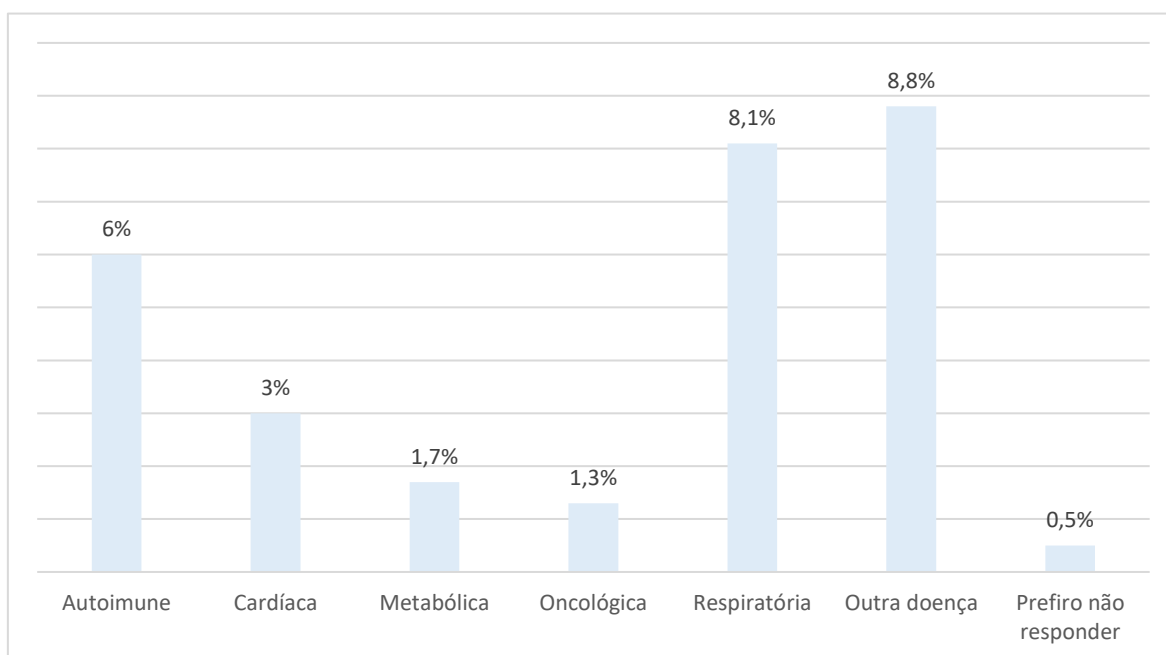


Gráfico 2 - Grupo de doenças crónicas

Dos 1210 respondentes, 72 (6%) participantes afirmaram que padeciam de uma doença autoimune, 36 (3%) participantes afirmaram que sofriam de uma doença cardíaca, 21 (1,7%) participantes afirmaram que padeciam de uma doença metabólica, 16 (1,3%) participantes afirmaram que padeciam de uma doença oncológica, 98 (8,1%) destes afirmaram que padeciam de uma doença respiratória, 108 (8,8%) participantes afirmaram

que padeciam de uma doença de outro grupo e 6 (0,5%) participantes preferiram não responder a esta parte do questionário.

Já quando os participantes tiveram de avaliar o seu próprio estado de saúde, a grande maioria considerou que tinha um estado de saúde bom ou muito bom. Apenas uma percentagem, muito pequena (1,6%) indicou que o seu estado de saúde era mau ou muito mau.

No Gráfico 3, estão presentes os dados referentes à procura de informação em saúde pelos participantes.

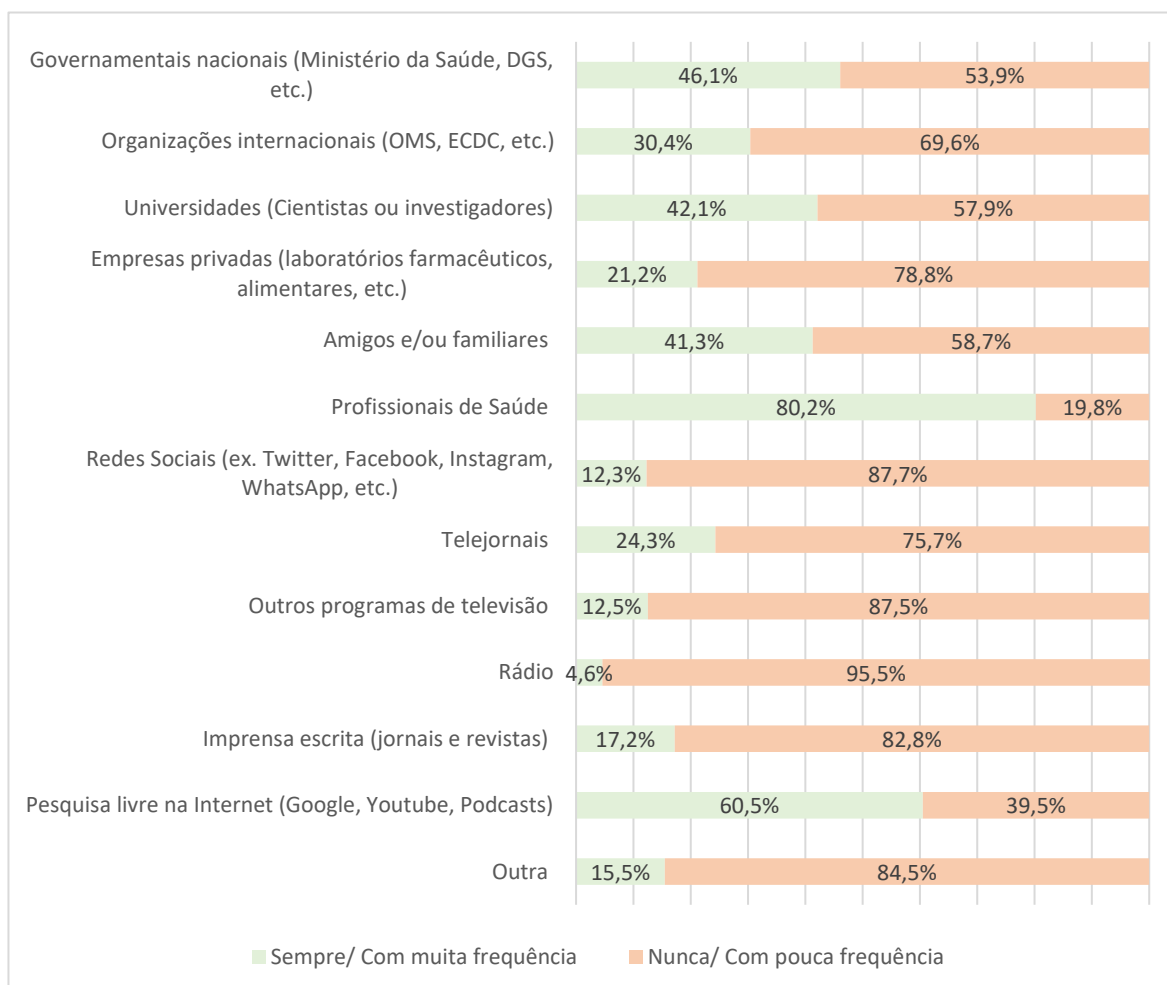


Gráfico 3 – Meios de procura de informação relacionada com a saúde

Observando os dados do gráfico anterior, conclui-se que a procura de informação relacionado com saúde é maioritariamente feita através dos profissionais de saúde e de pesquisa livre na internet, sendo que os recursos menos utilizados são a rádio, redes sociais e programas de televisão.

4.4. Hipóteses em estudo

Relação entre o índice de Literacia em Saúde e a idade.

Analisaram-se separadamente as subamostras dos estudantes e dos docentes/investigadores. Relativamente aos estudantes formularam-se as seguintes hipóteses.

H₀: As variáveis, índice global de Literacia em Saúde e idade são independentes.

H₁: As variáveis, índice global de Literacia em Saúde e idade não são independentes.

Por forma a avaliar se as variáveis, nível de Literacia em Saúde e a idade são independentes, foi realizado o teste não paramétrico Qui-Quadrado. A Tabela 7 apresenta as frequências do nível de Literacia em Saúde em função da idade.

Tabela 7 - Frequência do nível de Literacia em Saúde em função da idade (n=871)

Valor	Idade			Total
	<=35	36-55	>=56	
Inadequada	62	10	3	75
Problemática	258	43	12	313
Suficiente	297	49	8	354
Excelente	82	35	12	129
Total	699	137	35	871

A aplicação do teste do qui-quadrado sobre a Tabela 7, deu o valor de $\chi^2 = 29,5$ ($p < 0,001$), ou seja, pode-se rejeitar a hipótese nula (H₀) pelo que as variáveis em estudo não são independentes.

O nível de Literacia em Saúde inadequado observou-se maioritariamente na faixa etária com indivíduos com menos de 25 anos. De forma semelhante, o mesmo acontece no nível problemático. No nível de literacia suficiente, o máximo ocorre nas faixas etárias 26-35 e nos maiores de 66. No nível de literacia excelente, o máximo observa-se nas faixas etárias 56-65 e maiores de 66.

Relativamente aos docentes/investigadores formularam-se as seguintes hipóteses.

H₀: As variáveis, índice global de Literacia em Saúde e idade são independentes.

H₁: As variáveis, índice global de Literacia em Saúde e idade não são independentes.

Por forma a avaliar se as variáveis, nível de Literacia em Saúde e a idade são independentes, foi realizado o teste não paramétrico Qui-Quadrado. A Tabela 8 apresenta as frequências do nível de Literacia em Saúde em função da idade.

Tabela 8 - Frequência do nível de Literacia em Saúde em função da idade (n=300)

Valor	Idade			Total
	<=35	36-55	>=56	
Inadequada	4	9	6	19
Problemática	15	51	12	78
Suficiente	35	62	32	129
Excelente	8	36	30	74
Total	62	158	80	300

A aplicação do teste do qui-quadrado sobre a Tabela 8, deu o valor de $\chi^2 = 18,8$ ($p=0,004$), ou seja, pode-se rejeitar a hipótese nula (H₀) pelo que as variáveis em estudo não são independentes.

O nível de Literacia em Saúde inadequado e problemático observou-se maioritariamente na faixa etária dos indivíduos com idades até 35 anos. Já para os índices de Literacia em Saúde suficientes ou excelentes, observou-se maior incidência em indivíduos com idades até aos 35, e os maiores de 56 anos, respetivamente.

Em resumo, em ambos os grupos, estudantes e docentes/investigadores, observou-se que o índice de Literacia em Saúde e as idades não são variáveis independentes, com uma associação significativa entre ambas.

Relação entre o índice de Literacia em Saúde e o género

H₀: Não há diferenças entre os índices de Literacia em Saúde relativamente ao género masculino e feminino.

H₁: Há diferenças entre os índices de Literacia em Saúde relativamente ao género masculino e feminino.

De maneira a podermos realizar o teste de diferença de médias e avaliar se se aceitam ou rejeitam as hipóteses temos de ter em conta as variáveis utilizadas e os erros associados a cada um presente no output estatístico. Assim, a Tabela 9 apresenta os resultados das diferenças de médias entre o índice de Literacia em Saúde e o género.

Tabela 9 - Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e o género

	Valor	N	Média	DP	t	Significância
Género	Feminino	836	34,5	7,3	1,2	0,214
	Masculino	323	35,1	7,5		

DP- Desvio padrão

Para testar a igualdade de médias, com um $p=0,214$ não se pode rejeitar H₀ e conclui-se que não há diferenças entre o nível de Literacia em Saúde relativamente aos géneros, feminino e masculino. Ao analisar cada domínio individualmente, observou-se que a conclusão do índice global é transversal a cada um deles.

Relação entre o nível de estudos e o índice de Literacia em Saúde

Analisaram-se separadamente as subamostras dos estudantes e dos docentes/investigadores. Relativamente aos estudantes assumiram-se as seguintes hipóteses.

H₀: O nível de estudos dos estudantes não tem influência no índice global de Literacia em Saúde.

H₁: O nível de estudos dos estudantes tem influência no índice global de Literacia em Saúde.

Utilizando o teste *Kruskal-Wallis*, com o valor de significância encontrado ($p<0,001$), rejeita-se a hipótese nula que o nível de estudos não tem influência no índice global de Literacia em Saúde. Os mesmos testes foram realizados para cada um dos domínios da Literacia em Saúde, observando-se os mesmos resultados.

Relativamente aos docentes/investigadores assumiram-se as seguintes hipóteses.

H₀: O nível de escolaridade dos docentes/investigadores não tem influência no índice global de Literacia em Saúde.

H₁: O nível de escolaridade dos docentes/investigadores tem influência no índice global de Literacia em Saúde.

Tendo em conta o valor de significância encontrado ($p=0,094$), no teste *Kruskal-Wallis*, não se rejeita a hipótese nula, pelo que, o nível de escolaridade dos docentes/investigadores não tem influência no índice global de Literacia em Saúde. Os mesmos testes foram realizados para cada um dos domínios da Literacia em Saúde, observando-se os mesmos resultados.

Em resumo, o nível de estudos dos estudantes tem influência no nível de literacia dos estudos. Desta forma, quanto maior o nível de estudos em que estes se encontram maior tende a ser o nível de Literacia em Saúde. Contrariamente, o nível de escolaridade dos docentes/investigadores não tem influência no índice de Literacia em Saúde dos próprios.

Relação da Literacia em Saúde entre estudantes e docentes/investigadores

H₀: Não há diferenças entre o nível de Literacia em Saúde entre estudantes e docentes/investigadores.

H₁: Há diferenças entre nível de Literacia em Saúde relativamente entre estudantes e docentes/investigadores.

Na Tabela 10 estão presentes os resultados da diferença de médias entre o índice da Literacia em Saúde e a função desempenhada.

Tabela 10 – Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e a função desempenhada

Função desempenhada	Valor	N	Média	DP	 t 	Significância
Estudante		871	34,1	7,0	4,4	<0,001
Docente/Investigador		300	36,3	7,9		

DP- Desvio padrão

Analisando a Tabela 10, para testar a igualdade de médias, com um $p<0,001$ pode rejeitar-se a H₀ e conclui-se que há diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global

de Literacia em Saúde nos grupos dos estudantes e dos docentes/investigadores. Ao analisar cada domínio individualmente, retirou-se a mesma conclusão nos três.

Relação entre o índice global de Literacia em Saúde e pertencer a uma faculdade ligada à saúde

Analisaram-se separadamente as subamostras dos estudantes e dos docentes/investigadores. Relativamente aos estudantes assumiram-se as seguintes hipóteses.

H₀: Não há diferenças entre o nível de Literacia em Saúde entre os grupos de estudantes que pertencem a uma faculdade ligada à saúde e aos restantes que não pertencem.

H₁: Há diferenças entre o nível de Literacia em Saúde entre os grupos de estudantes que pertencem a uma faculdade ligada à saúde e aos restantes que não pertencem.

Tabela 11 – Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e pertencer a uma faculdade ligada à saúde

Faculdade ligada à saúde	Valor	N	Média	DP	 t 	Significância
	Sim	243	35,7	6,9	4,4	<0,001
	Não	628	33,5	7,0		

DP- Desvio padrão

Por forma a testar a igualdade de médias, com um $p < 0,001$ pode rejeitar-se a H₀ e concluir-se que há diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde nos grupos dos estudantes que pertencem a uma faculdade ligada à saúde e aos que não estão ligados à saúde. Ao analisar cada domínio individualmente, retirou-se a mesma conclusão nos três.

Relativamente aos docentes/investigadores assumiram-se as seguintes hipóteses.

H₀: Não há diferenças entre o nível de Literacia em Saúde entre os grupos de docentes/investigadores que estão ligados à saúde e aos que não estão.

H₁: Há diferenças entre o nível de Literacia em Saúde entre os grupos de docentes/investigadores que estão ligados à saúde e aos que não estão.

Tabela 12 - Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e ser um docente/investigador ligado à saúde.

	Valor	N	Média	DP	t	Significância
Atividade exclusivamente na área da saúde	Sim	56	40,0	7,7	4,0	<0,001
	Não	243	35,4	9,1		
Ser profissional de saúde	Sim	34	43,5	7,7	5,2	<0,001
	Não	245	35,0	7,7		

DP- Desvio padrão

Para testar a igualdade de médias, com um $p < 0,001$ pode rejeitar-se a H_0 e conclui-se que há diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde nos grupos dos docentes/investigadores que atuam exclusivamente na área da saúde e nos que não estão ligados à saúde. Ao analisar cada domínio individualmente, retirou-se a mesma conclusão nos três.

Também, ao testar a igualdade de médias, com um $p < 0,001$ pode rejeitar-se a H_0 e conclui-se que há diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde nos grupos dos docentes/investigadores que são profissionais de saúde e nos que não são. Ao analisar cada domínio individualmente, retirou-se a mesma conclusão nos três.

Em resumo, observaram-se diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde nos grupos dos estudantes que pertencem a uma faculdade ligada à saúde e aos que não estão ligados à saúde. Analogamente, verificou-se o mesmo no grupo dos docentes/investigadores. Desta forma, existem diferenças entre o nível global de Literacia em Saúde nos grupos dos docentes/investigadores que são profissionais de saúde e nos que atuam exclusivamente na área da saúde comparativamente aos que não.

Relação entre o índice global de Literacia em Saúde e o contexto familiar do estudante

H₀: Não há diferenças entre o índice global de Literacia em Saúde e o contexto familiar do estudante.

H₁: Há diferenças entre o índice global de Literacia em Saúde e o contexto familiar do estudante.

No questionário apresentado aos inquiridos estavam, existem três perguntas diretamente relacionadas com o contexto familiar, nomeadamente sobre condição financeira e sobre a escolaridade dos pais. Na Tabela 13 são visíveis os resultados relativamente ao teste da diferença de médias.

Tabela 13 - Diferença de médias entre o índice de Literacia em Saúde e o contexto familiar

	Valor	N	Média	DP	t	Significância
Tem capacidade financeira para as suas despesas	Sim	956	35,3	7,2	6,5	<0,001
	Não	180	31,5			
Escolaridade dos pais	Ensino Superior	386	34,4	6,9	1,1	0,252
	Ensino básico/Secundário	477	33,7			
Pais profissionais de saúde	Sim	956	35,3	7,2	6,5	<0,001
	Não	180	31,5			

DP- Desvio padrão

Para testar a igualdade de médias, com um $p < 0,001$ pode rejeitar-se a H₀ e conclui-se que há diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde de acordo com a capacidade económica.

No mesmo seguimento, com um $p = 0,252$ não se rejeita a H₀ e conclui-se que não há diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde no grupo dos estudantes cujos pais têm um nível de escolaridade ao nível do ensino superior relativamente aos que não têm.

Por fim, e ainda para testar a igualdade de médias, com um $p < 0,001$ rejeita-se a H_0 e conclui-se que há diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde no grupo dos estudantes cujos pais são profissionais e o grupo cujos pais não são profissionais de saúde. Ao analisar cada domínio individualmente, retirou-se a mesma conclusão nos três.

4.5. Validação da escala

Consistência interna

Na Tabela 14 estão apresentados os valores do alfa de Cronbach relativamente ao índice global de Literacia em Saúde e aos domínios que o constituem.

Tabela 14 - Fiabilidade

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Cuidados de saúde	0,836	7
Prevenção da Doença	0,752	5
Promoção da Saúde	0,785	4
Índice Global	0,915	16

Com recurso à Tabela 14 é possível entender que o instrumento de HLS-EU-Q16 mostrou, uma consistência interna (alfa de Cronbach) muito boa com valores entre 0,753 e 0,836 nos três domínios da literacia. No índice global o valor observado foi de 0,915 demonstrando uma consistência muito boa (Souza et al., 2017).

Correlação entre índices

Na tabela a seguir apresentada, estão presentes os valores da correlação de *Pearson* entre índices.

Tabela 15 - Correlação de Pearson entre o índice global de Literacia em Saúde e os seus domínios

	Prevenção da doença	Promoção da saúde	Índice global
Cuidados de saúde	0,666**	0,648**	0,898**
Prevenção da doença		0,705**	0,886**
Promoção da saúde			0,861**

**Correlação significativa no nível 0,01

Analisando a Tabela 15, compreende-se a forma como as variáveis se relacionam umas com as outras. A correlação entre variáveis diferentes compreende valores entre 0,666 (correlação moderada) e 0,898 (correlação forte). Considerando que o conteúdo das perguntas permite chegar a indicadores médios relativamente a cada domínio, as suas próprias características permitem reduzir a variabilidade, daí que os valores mais elevados de correlação se observem entre os três domínios e o índice global.

4.6. Literacia em Saúde

O Questionário Europeu de Literacia em Saúde apresenta 16 itens. Como já foi enunciado antes, este questionário apenas contempla 11 das 12 dimensões iniciais (Tabela 1), sendo que a dimensão não contemplada é a de “Utilizar informação relevante, relacionada com saúde” no domínio da promoção da saúde.

O índice global de Literacia em Saúde é dividido em três domínios, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. No Gráfico 4 são apresentadas as médias dos índices de Literacia em Saúde para cada domínio.

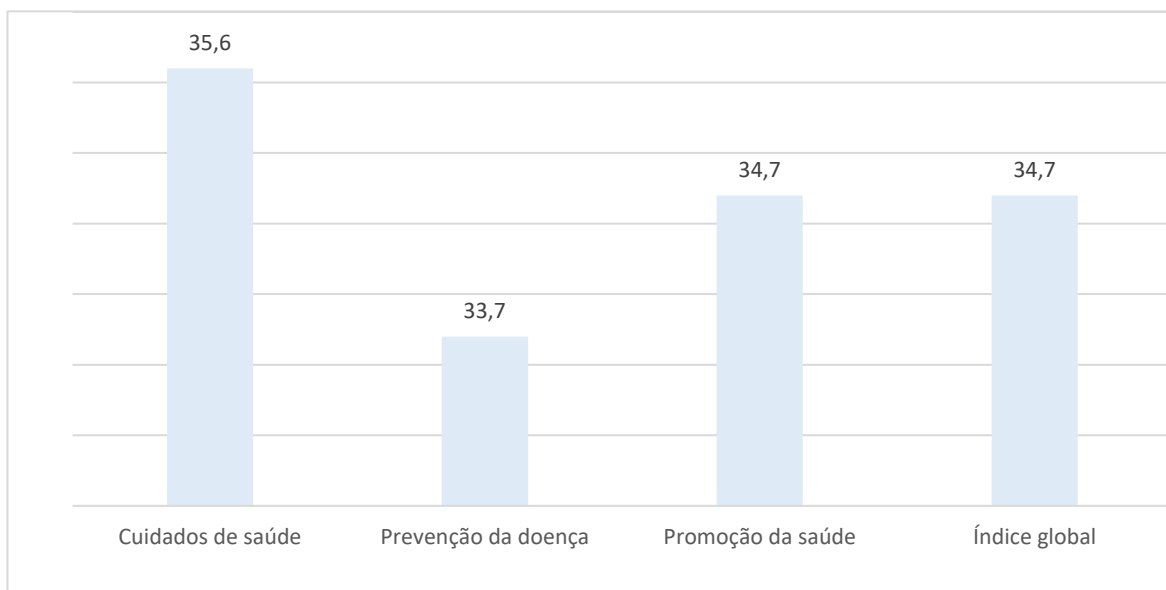


Gráfico 4 - Índices médios de Literacia em Saúde

Desta forma, e analisando o Gráfico 4, as respostas tornam evidente uma maior Literacia em Saúde em Cuidados de Saúde (35,6). Já o índice de Prevenção da Saúde foi o que obteve uma menor Literacia em Saúde (33,7).

Nível de literacia global

Na tabela 16 está evidenciada a análise descritiva dos dados obtidos no questionário tendo em conta o nível de Literacia em Saúde a nível global.

Tabela 16 – Nível de Literacia em Saúde: índice global (n=1171)

Valor	N	%
Inadequada	82	7,0
Problemática	403	34,4
Suficiente	483	41,3
Excelente	203	17,3

Estes resultados mostram que aproximadamente 7,0% dos inquiridos da Universidade de Coimbra apresentam um nível global de Literacia em Saúde inadequado e que 34,4% apresentam um nível global problemático. 41,3% dos respondentes apresentam um nível global de Literacia em Saúde suficiente e 17,3% apresentou nível excelente.

Para ser possível apresentar uma análise mais detalhada sobre as respostas de cada participante irão ser apresentados três gráficos de barras de cada domínio, apresentando cada item em função do tipo de resposta. Os tipos de resposta estão agrupados em duas opções, tendo sido descartada a opção “Prefere não responder”. Juntaram-se as opções “Muito difícil” e “Difícil” e as opções “Muito fácil” e “Fácil”.

Cuidados de saúde

O Gráfico 5 representa as respostas aos sete itens correspondentes ao domínio dos cuidados de saúde.

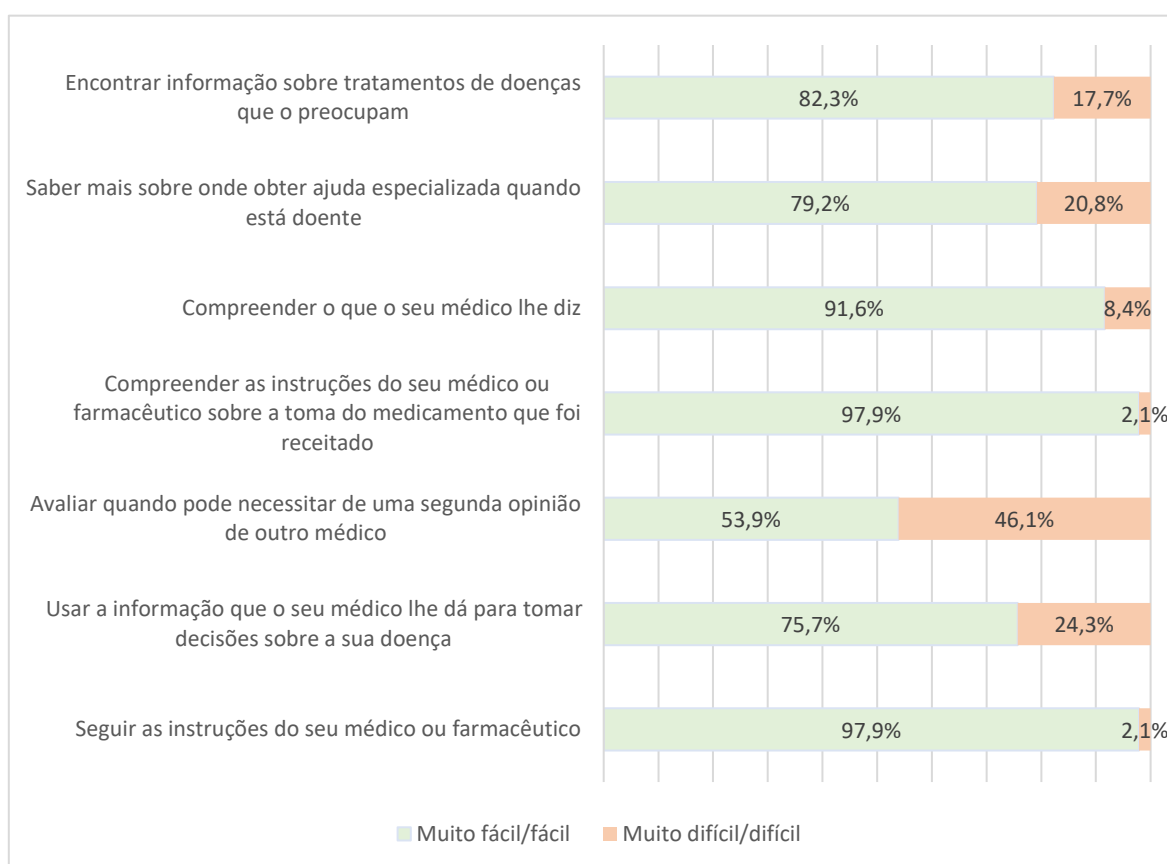


Gráfico 5 – Itens do HLS-EU-Q16 do domínio cuidados de saúde

Considerando o total de respostas apresentadas no gráfico anterior verifica-se que é muito mais fácil compreender as instruções fornecidas pelo médico ou farmacêutico do que, por exemplo, avaliar a necessidade de pedir uma segunda opinião médica.

Na Tabela 17 está evidenciada a análise descritiva e as frequências dos dados obtidos no questionário tendo em conta o nível de Literacia em Saúde no domínio dos cuidados de saúde.

Tabela 17 – Nível de Literacia em Saúde: cuidados de saúde (n =1150)

Valor	N	%
Inadequada	70	6,1
Problemática	316	27,5
Suficiente	496	43,1
Excelente	268	23,3

A maioria da amostra apresentou Literacia em Saúde suficiente a excelente, sendo que a maior percentagem, 43,1% (496 indivíduos) apresentou um nível de Literacia em Saúde suficiente. Mais de um terço da amostra apresentou uma Literacia em Saúde inadequada ou problemática.

Prevenção da doença

O Gráfico 6 representa as respostas aos cinco itens correspondentes ao domínio da prevenção da doença.

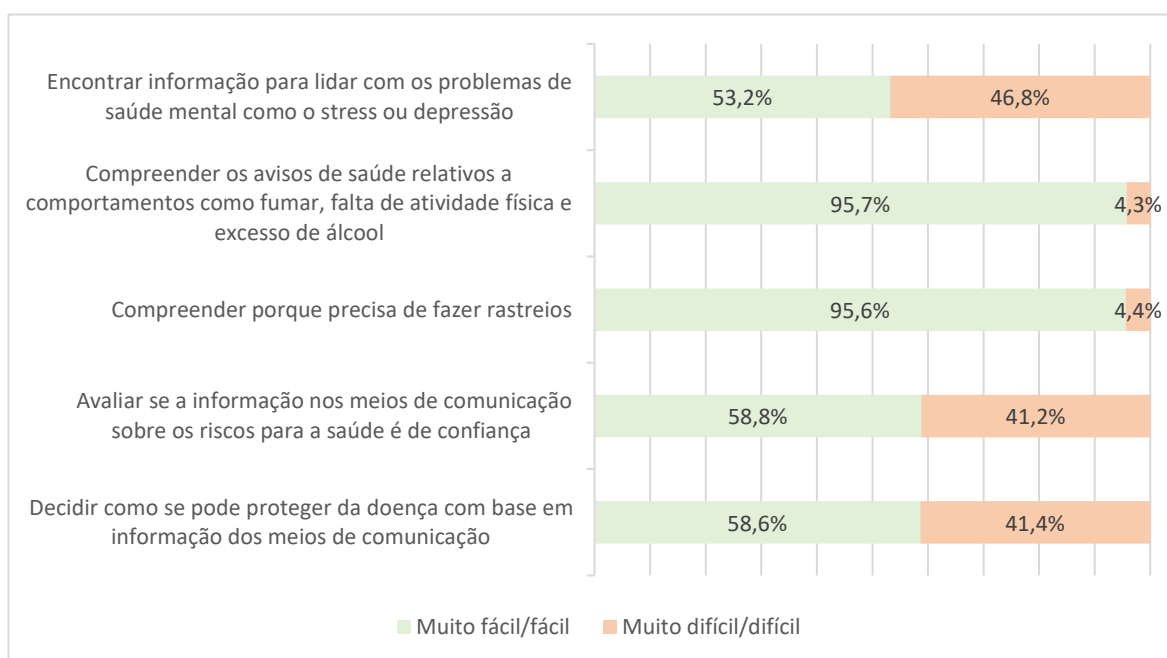


Gráfico 6 – Itens do HLS-EU-16 correspondentes ao domínio prevenção da doença

Observando o gráfico apresentado, os inquiridos percecionam como mais fácil compreender avisos de saúde tendo em conta comportamentos que não beneficiam a saúde, bem como, compreender a necessidade de fazer rastreios. Por outro lado, entendem como mais difícil encontrar informação sobre como lidar com problemas de saúde mental.

Na Tabela 18 está evidenciada a análise descritiva dos dados obtidos no questionário tendo em conta o nível de Literacia em Saúde no domínio da prevenção da doença.

Tabela 18 – Nível de Literacia em Saúde: prevenção da doença (n=1174)

Valor	N	%
Inadequada	176	15,0
Problemática	286	24,3
Suficiente	509	43,4
Excelente	203	17,3

Observa-se que 60,7% da amostra mostrou nível de Literacia em Saúde suficiente ou excelente. Por outro lado, mais de um terço (39,3%) da amostra apresentou uma Literacia em Saúde inadequada ou problemática.

Promoção da saúde

O Gráfico 7 representa as respostas aos 4 itens correspondentes ao domínio da promoção da saúde.

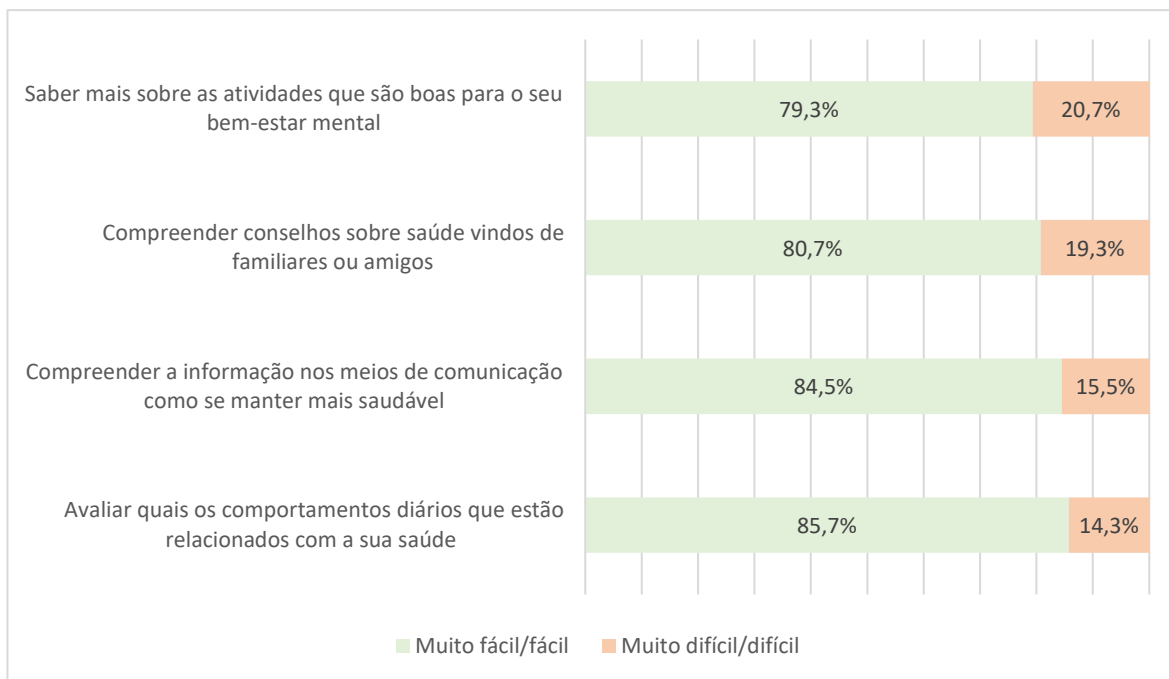


Gráfico 7 – Itens do HLS-EU-Q16 no domínio da promoção da saúde

Focando no gráfico anterior, os inquiridos acham todos os itens relativamente fáceis, podendo concluir-se que o mais difícil foi saber mais informação sobre atividades que são benéficas para o seu bem-estar mental.

Na Tabela 19 está evidenciada a análise descritiva dos dados obtidos no questionário tendo em conta o nível de Literacia em Saúde no domínio da promoção da saúde.

Tabela 19 – Nível de Literacia em Saúde: promoção da saúde (n=1085)

Valor	N	%
Inadequada	92	8,5
Problemática	260	24,0
Suficiente	526	48,4
Excelente	207	19,1

Tendo em conta o observado, conclui-se que a grande maioria dos inquiridos (48,4%) demonstra um nível de Literacia em Saúde suficiente. No entanto, existe uma percentagem considerável, 32,5 %, que apresentam um nível inadequado ou problemático.

4.6.1. Síntese dos resultados

Tendo em conta todos os resultados apresentados relativamente ao índice global e os níveis calculados dos subdomínios que o constituem, na Tabela 20 irão ser apresentadas as médias das quatro dimensões da Literacia em Saúde, tendo em conta os três domínios.

Tabela 20 – Média dos itens do questionário HLS-EU-Q16 em função dos domínios da Literacia em Saúde

Literacia em Saúde (16 itens)	Acesso a informação de saúde	Compreender informação de saúde	Avaliar informação de saúde	Utilizar informação de saúde
Cuidados de saúde	37,9	42,3	32,9	40,1
Prevenção da doença	32,5	44,5	33,5	33,3
Promoção da saúde	38	38,1	39,4	Não foram identificados itens

Analisando os dados obtidos entende-se que para os participantes da Universidade de Coimbra, em termos de competências em Literacia em Saúde, é mais fácil compreender informação em saúde nos domínios da prevenção da doença e dos cuidados de saúde. Por outro lado, foi entendido como mais difícil ter acesso a informação em saúde no domínio da prevenção da doença, e avaliar informação de saúde em cuidados de saúde.

De forma sumária, apresentam-se em seguida os principais pontos positivos e negativos do estudo:

- Na Universidade de Coimbra, 41,4% da população respondente apresenta um nível global de literacia em saúde problemático ou inadequado.
- No domínio dos cuidados de saúde, apenas 33,6% dos inquiridos revela ter um nível de literacia em saúde inadequado ou problemático.
- No domínio da prevenção da doença, cerca de 39,3% dos inquiridos revela ter um nível de literacia em saúde inadequado ou problemático.

- No domínio da promoção da saúde, cerca de 32,5% dos inquiridos revela ter um nível de literacia em saúde inadequado ou problemático.
- Tendo em conta os três domínios, é nos cuidados de saúde que se destacam os melhores valores (35,6) e no domínio da prevenção da doença que se verificam os piores resultados. É de salientar que este valor inferior se relaciona com a falta de informação sobre doenças de saúde mental que os inquiridos sentem ter.
- Os inquiridos demonstraram mais dificuldades na dimensão de acesso a informação de saúde no domínio da prevenção da doença pela falta de informação relativamente a doenças de saúde mental. Também, avaliar informação de saúde no domínio dos cuidados da saúde que remete para falta de competências de literacia crítica.
- Os respondentes tendem a utilizar os profissionais de saúde como meio para obter informação relevante em saúde.
- A idade e a literacia em saúde não são variáveis independentes pelo que se observa que as competências de literacia em saúde tendem a aumentar com a idade.
- O género não tem impacto significativo no nível de literacia em saúde dos respondentes.
- O nível de estudos tem um impacto positivo no nível de literacia em saúde dos estudantes.
- Os alunos e docentes/investigadores cujos cursos e atividade profissional não estão relacionados com Saúde apresentam níveis de literacia mais preocupantes.
- O grupo dos docentes/investigadores apresenta melhor nível de literacia em saúde que o grupo dos estudantes.
- Os dados evidenciam que o contexto socioeconómico é um determinante fundamental da literacia em saúde na população universitária, nomeadamente ter capacidade financeira e ter pais profissionais de saúde acaba por ter um impacto positivo no nível de literacia dos seus filhos.

5. Discussão de resultados

O presente capítulo é dedicado a compreender e fundamentar os resultados observados tendo em conta a revisão teórica e com os resultados obtidos por outros autores, sempre atendendo aos objetivos propostos neste trabalho de investigação.

O HLS-EU-Q47 foi um dos primeiros estudos que permitiu realmente conhecer e estudar os níveis de Literacia em Saúde nos oito países integrantes do consórcio europeu de Literacia em Saúde. Após a publicação deste primeiro estudo, Portugal também se juntou, tendo traduzido e validado o questionário em português. Desta forma, foi possível obter informação sustentada sobre os níveis de Literacia em Saúde da população portuguesa, como também, comparar estes níveis com os dos restantes oito países. Este instrumento viabilizou a avaliação do nível de Literacia em Saúde da população portuguesa, tendo em conta a sua capacidade para aceder, compreender, avaliar e utilizar informação relativa a cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde (Sørensen et al., 2015).

A Rede Académica de Literacia em Saúde desenvolveu o presente estudo **“Literacia em Saúde da população do Ensino Superior: Desafios em Portugal”**, com o objetivo de conhecer o nível de Literacia em Saúde da população académica (estudantes, docentes e investigadores) em Portugal e avaliar os principais fatores que a influenciam. Por forma a conseguir atingir o objetivo, foi utilizado um questionário, o HLS-EU-Q16, uma das versões reduzidas do questionário original. Este questionário apenas contempla 11 das 12 dimensões iniciais (Tabela 1), sendo que a dimensão não contemplada é a de “Utilizar informação relevante, relacionada com saúde” no domínio da promoção da saúde. Assim, o HLS-EU-Q16 é um instrumento válido e que pode ser utilizado para estudar a Literacia em Saúde e comparar resultados internacionalmente.

A Literacia em Saúde não depende apenas de fatores individuais, mas sim de todo o contexto do cidadão, como os fatores sociais, demográficos e económicos. Desta forma, foram formuladas seis hipóteses tendo em conta os fatores que podem influenciar a Literacia em Saúde, tendo estas sido devidamente testadas e analisadas estatisticamente.

A primeira hipótese a ser testada permitiu avaliar a relação entre o nível de Literacia em Saúde e a idade nos diferentes grupos dos estudantes e docentes/investigadores.

Suportada pelos resultados, concluiu-se que as variáveis não são independentes, evidenciando uma relação entre elas. Pelas percentagens já apresentadas, surpreendentemente, não se observa uma correlação negativa entre a idade e o nível global de Literacia em Saúde. Observou-se uma relação positiva, no entanto muito fraca, ao contrário do que é observado noutros estudos na Europa em que o nível de Literacia em Saúde diminui à medida que a idade aumenta (Sørensen et al., 2015). Apesar do que é observado noutros estudos é importante salientar que estes não incidem sobre a comunidade do ensino superior e sim sobre a população geral, daí que possa existir esta discrepância de valores.

A segunda hipótese pretendeu estudar se existe uma diferença entre o nível de Literacia em Saúde, para os géneros masculino e feminino. Concluiu-se que não existem diferenças do índice de Literacia em Saúde entre os géneros. Ao analisar cada domínio individualmente, observou-se que a conclusão do índice global foi transversal a cada um deles. Existem subgrupos populacionais específicos com conhecimento limitado na área da saúde o que sugere grupos vulneráveis. Apesar de existirem muitos fatores que influenciam a Literacia em Saúde, como o contexto familiar, a escolaridade e a idade, tem-se que o género tem um efeito muito menor. Olhando de novo para os resultados, esta inexistência de diferença de médias é assim suportada pela literatura (Pelikan et al., 2012; Sørensen et al., 2015).

Relativamente ao nível de estudos, os resultados da presente investigação demonstraram que o nível de estudos dos estudantes tem influência no índice global de Literacia em Saúde, tendo sido um resultado estatisticamente significativo. Este efeito é suportado pela literatura publicada por Sørensen, *“Financial deprivation is the strongest predictor of low health literacy, followed by social status, education and age”* (Sørensen et al., 2015) e pela OMS, *“People with limited health literacy most often have lower levels of education”* (Kickbusch et al., 2013). Desta forma, entende-se que não só há uma necessidade de focar na Literacia em Saúde, mas também na literacia em si, pois estas podem ser preditivas uma da outra. Indivíduos com maior capacidades de compreensão, escrita e numeracia apresentam maior facilidade em desenvolver competências em Literacia em Saúde (Kickbusch, 2001; Pedro et al., 2016). Dentro do mesmo tema, mas noutro grupo composto

por docentes e investigadores, observou-se que o nível de escolaridade dos docentes/investigadores não tinha influência no índice global de Literacia em Saúde.

Foi também demonstrado que existe uma diferença de médias dos níveis de Literacia em Saúde entre estudantes e docentes/investigadores, estatisticamente significativa. Ao analisar cada domínio individualmente, retirou-se a mesma conclusão em todos. Neste caso, observou-se que o grupo dos docentes e investigadores apresentava uma média de Literacia em Saúde superior ao observado no grupo dos estudantes. Não há bibliografia que suporte este resultado, no entanto, tal pode dever-se ao facto dos docentes e investigadores se encontrarem em níveis de estudos mais avançados que os estudantes. Níveis mais avançados escolares estão relacionados positivamente com maior nível de literacia (Rababah et al., 2019). As universidades deveriam aproveitar o ambiente académico e focar-se não só em educar, mas também avaliar a Literacia em Saúde dos docentes e não docentes (Grygo, 2020). O nível de Literacia em Saúde dos alunos e docentes deve tentar ser melhorado de forma a manter a saúde e o bem-estar dos próprios e dos seus familiares (Joseph et al., 2016).

De acordo, com os resultados, foi possível aferir a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde nos grupos dos estudantes que pertencem a uma faculdade ligada à saúde e aos que não estão ligados à saúde. Apenas foram consideradas as áreas da saúde e das ciências da vida, uma vez que são áreas que compreendem unidades curriculares com informação relacionada com a saúde. Isto pode dever-se ao facto de já se ter encontrado anteriormente uma correlação positiva entre o nível de Literacia em Saúde e o número de tópicos de educação em saúde lecionados (Rababah et al., 2019). Num estudo realizado por Sukys e autores, concluiu-se que estudar assuntos relacionados com a saúde estava associado a melhores competências de Literacia em Saúde, devido ao facto dos estudantes estarem mais expostos a informações de saúde no domínio da promoção da saúde (Sukys et al., 2017).

Já quando se estudou a relação entre o índice de literacia em saúde e se os docentes/investigadores eram profissionais de saúde ou se a atividade profissional estava estritamente ligada à saúde, observou-se que existem sim diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde nos grupos dos

docentes/investigadores que atuam exclusivamente na área da saúde e nos que não estão ligados à saúde. Ao analisar cada domínio individualmente, retirou-se a mesma conclusão nos três. As mesmas diferenças verificaram-se nos grupos dos docentes/investigadores que são profissionais de saúde e nos que não são. Na literatura atual não existem indícios que suportem ou contradigam o que foi encontrado. A maior parte dos estudos focam-se apenas na literacia dos estudantes, e em como os profissionais de saúde podem ajudar a aumentar a Literacia em Saúde dos seus utentes, e nunca na avaliação do nível de literacia em saúde dos docentes. Tendo em conta que já foi referido que indivíduos mais expostos a assuntos relacionados com a saúde apresentam um maior nível de Literacia em Saúde, os resultados obtidos são suportados pela literatura.

Ainda, foi estudado o efeito do contexto familiar no nível da Literacia em Saúde, nomeadamente o status económico e a escolaridade dos pais. No contexto económico, tentou entender-se se os inquiridos tinham dinheiro suficiente para os seus gastos de alimentação, habitação, educação e saúde. Desta forma constatou-se que os inquiridos que tinham capacidade financeira suficiente para fazer face às suas despesas apresentavam maior índice de Literacia em Saúde. Estes resultados estão em concordância com a literatura, pois, pessoas num contexto socioeconómico precário correm maior risco de ter baixo nível de Literacia em Saúde (Rababah et al., 2019). Para além da etnia, cultura e língua, o status económico é um dos determinantes sociais com mais impacto na Literacia em Saúde. Posto isto, é importante que hajam cada vez mais ações que promovam a Literacia em Saúde, pois ser capaz de tomar decisões relacionadas com a saúde podem ajudar na melhoria da resiliência individual nas adversidades sociais e económicas (Sørensen et al., 2012).

Ainda no mesmo tema, mas já relativamente à situação familiar, mais propriamente a escolaridade dos pais e se estes eram profissionais de saúde, não se observaram diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde no grupo dos estudantes cujos pais têm um nível de escolaridade ao nível do ensino superior relativamente aos que não têm. Este é um resultado surpreendente, pois a literatura afirma que determinantes pessoais, como o contexto familiar tem um impacto na Literacia em Saúde de cada um, nomeadamente espera-se que filhos de pais com escolaridade avançada tenham um melhor nível de Literacia em Saúde que os de pais com baixa escolaridade

(Kwan & Zumbo, 2006). Por outro lado, verificaram-se diferenças, estatisticamente significativas, entre o índice global de Literacia em Saúde no grupo dos estudantes cujos pais são profissionais e o grupo cujos pais não são profissionais de saúde. Este resultado é suportado pela razão anteriormente enunciada.

Em termos de consistência interna, obtiveram-se e analisaram-se os valores do alfa de Cronbach, para depois se comparar com os valores encontrados pelos autores originais e por autores que tenham traduzido e validado o questionário noutros países. Os valores observados nos sub-índices foram os seguintes: (1) Cuidados de saúde, 0,836; (2) Prevenção da doença, 0,752; (3) Promoção da saúde, 0,785. Já no índice global o valor revelado foi de 0,915. Posto isto, o questionário mostra evidência de uma consistência interna muito boa, podendo afirmar-se que as diferenças observadas entre as respostas recolhidas se devem a diferentes opiniões e não a diferentes interpretações das questões apresentadas. Este resultados foram comparados com os resultados de estudos com o mesmo objetivo, estando em concordância com os mesmos, mais propriamente, em Espanha, com o valor do índice geral de 0,982 (Nolasco et al., 2020). Na Noruega, o alfa de Cronbach no índice geral foi de 0,91, sendo que nos sub-índices foram de 0,87, 0,79 e 0,70 (Gele et al., 2016). Já num estudo realizado em Itália, estimou-se um valor de 0,799 (Lorini et al., 2019), e na Islândia, 0,88, para o índice global (Gustafsdottir et al., 2020).

Em termos de correlação entre as variáveis, recorreu-se à correlação de Pearson, tendo os valores variado entre 0,666 e 0,898, indicando que as três dimensões estão relacionadas entre elas, o que significa que é possível estabelecer um elo comum, a Literacia em Saúde, excluindo assim a possibilidade de redundância.

O total dos inquiridos foi constituído maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, representando 71,1% da amostra total. Não foi encontrada uma justificação para esta especificidade aparente uma vez que dados publicados no PORDATA indicam que não existe uma diferença muito grande entre alunos do género masculino e feminino (54,1%) inscritos no ensino superior, nem nos docentes no ano de 2020 (PORDATA a, 2021; PORDATA b, 2021). No entanto, o facto de a amostra ser constituída maioritariamente por alunos do género feminino, pode estar relacionado com uma maior incidência do sexo masculino em áreas relacionadas com as engenharias que faz uma percentagem pequena

dos participantes neste questionário. Relativamente à idade dos inquiridos o mínimo observado foi de 17 anos e o máximo de 75 anos. A faixa etária mais representativa foi a de menor de 25 anos (48,4%) e o grau académico mais reportado foi o de licenciatura (33,4%).

O tempo médio de preenchimento estimado do HLS-EU-Q16 é de 3 minutos (Pelikan et al., 2019), no entanto, no presente estudo observou-se que em média os participantes levaram 7 minutos e 33 segundos. Tal está de acordo com o expectável, uma vez que o questionário aplicado continha vários grupos, e não apenas um grupo com as perguntas do HLS-EU-Q16.

A Literacia em Saúde tem sido uma temática cada vez mais estudada em diversos contextos e abordagens. Aferir os níveis de Literacia em Saúde tem ganho destaque, mais propriamente a utilização de um instrumento de medição que permita a comparação com outras populações. A comparação dos resultados permite uma melhoria na formulação e implementação de políticas públicas bem como na própria condição de saúde de cada um (Doyle & Cafferkey, 2012; WHO, 1998).

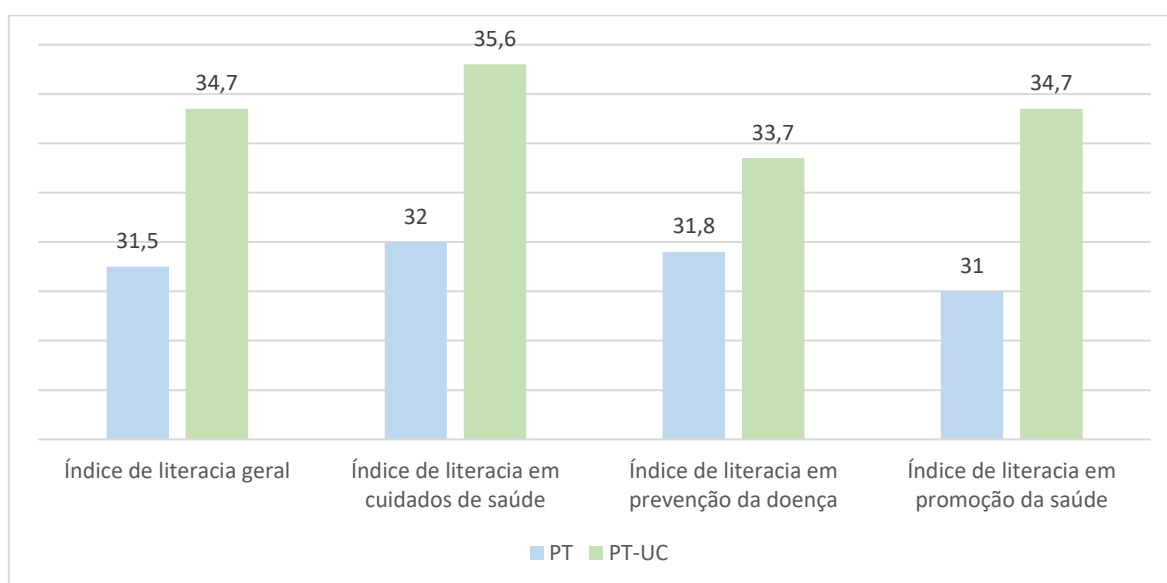
Para melhor entender os resultados foi elaborada a Tabela 20 com as médias dos índices de Literacia em Saúde, tendo em conta os 16 itens do HLS-EU-16, para cada um dos domínios da Literacia em Saúde. Considerando a tabela anteriormente referida, os inquiridos reconheceram como mais difícil avaliar a informação em saúde no domínio dos cuidados de saúde, bem como aceder a informação da saúde na prevenção da doença. Contrariamente, entenderam como mais fácil compreender informação da saúde nos domínios da prevenção da doença e dos cuidados de saúde.

Os itens percecionados como mais difíceis debatem-se com avaliar a informação em saúde e ter acesso a informação relacionada com a saúde, nomeadamente demonstrou-se uma dificuldade em obter informação no tema da saúde mental. Posto isto, a explicação mais plausível seria que existem muitos cidadãos sem qualquer tipo de apoio psicológico ou acesso a tratamento, que se deve também à falta de atenção à saúde mental dos cidadãos portugueses, por parte do sistema de saúde (Almeida et al., 2013).

Estes resultados indicam que os inquiridos demonstram mais dificuldades em competências de literacia crítica, ao contrário do que acontece com competências de

literacia funcional. Este resultado vai de encontro ao apresentado por *Nutbeam*, que definiu três níveis de literacia (Tabela 2) (Nutbeam, 2000b).

A média dos índices da Literacia em Saúde de acordo com os três domínios, pelos itens do HLS-EU-Q16, foi maior nos Cuidados de saúde, com 35,6, de seguida com 34,7, o domínio da promoção da saúde e, por último, com o menor valor encontrado foi o domínio da prevenção da doença, com 33,7. O índice global de Literacia em Saúde apresentou um valor de 34,7. Os quatro valores estão compreendidos no intervalo de 33-42, pelo que indicam um nível de Literacia em Saúde suficiente. É possível verificar estes dados no Gráfico 8, com a legenda PT-UC.



DP - Desvio-Padrão; PT – População geral portuguesa; PT-UC – Universidade de Coimbra.

Gráfico 8 – Média dos índices de Literacia em Saúde. Adaptado de: Pedro, 2018

Uma justificação para este baixo índice no domínio da prevenção da doença é a falta de responsabilidade do sistema de saúde português, mais propriamente no processo de comunicação para que cada cidadão possa desenvolver competências de acesso, compreensão, avaliação e uso da informação de saúde com base em evidência disponível, e assim possa fazer escolhas acertadas e que contribuem para o seu bem-estar. Às vezes pela falta de clareza na comunicação ou na forma como as pessoas estão integradas na gestão da própria saúde, as necessidades de cada um ficam muito limitadas, especialmente na utilização dos serviços de saúde, bem como agir na hora adequada para evitar progressão de estados de saúde, por exemplo, nas doenças crónicas. Um aumento do nível

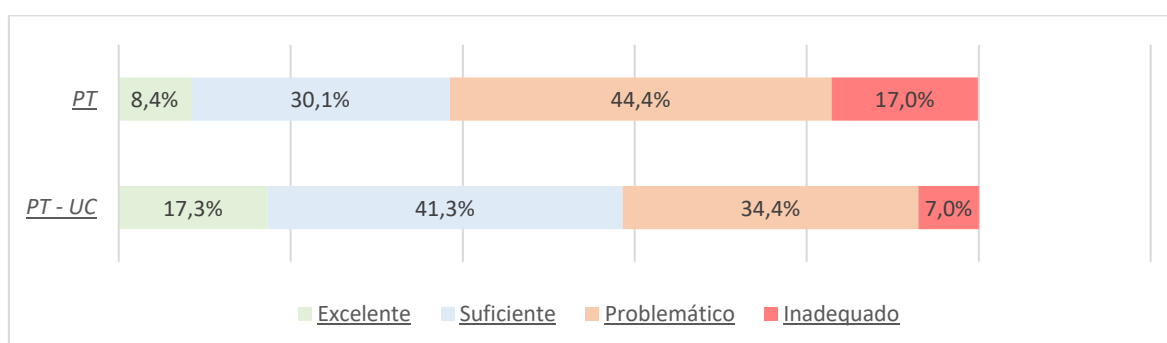
de literacia neste setor levará a uma maior conscientização de várias doenças crónicas, algumas evitáveis, como a diabetes tipo II, que por fim implicará uma melhoria nos resultados de saúde (Pedro et al., 2016).

Os estudos realizados com o HLS-EU-Q16 ainda são poucos. Devido a este facto, os resultados da presente investigação foram comparados com os resultados do estudo de Pedro e restantes autores, nomeadamente o índice geral Literacia em Saúde na população geral portuguesa, visíveis no Gráfico 8, com a legenda PT (Pedro et al., 2016). Tendo em conta este gráfico, em ambos os estudos, verifica-se o maior índice de Literacia em Saúde no domínio dos cuidados em saúde. A única diferença apresenta-se no menor índice, que no estudo da população geral portuguesa foi tido como o da promoção da saúde, e neste caso, em alunos do ensino superior, observou-se o da prevenção da doença. Ainda, em geral os valores do presente são mais elevados em todos os sub índices e índice geral. Esta disparidade pode dever-se às diferentes características entre amostras, uma vez que neste estudo os participantes têm todos um nível de escolaridade avançado contrariamente ao outro estudo em que a amostra representa todo o leque de cidadãos, muitos deles sem nível de escolaridade.

Ainda e na mesma vertente, compararam-se os presentes resultados com os provenientes de um estudo realizado sobre os estudantes do ensino superior politécnico de Lisboa. O domínio em que se registou melhor pontuação, tendo em conta os resultados de Lisboa, foi o de cuidados de saúde. Desta forma constata-se que em ambas as populações este resultado foi semelhante. Vale a pena ressaltar que neste segundo estudo as médias em todos os índices foram baixas, tendo tido como média geral 32,8, o que corresponde a um nível de Literacia em Saúde problemático, enquanto no presente estudo a média global observada foi de 34,7, o que se revela superior. Assim, conclui-se que o nível de literacia em saúde da população do ensino superior da UC é superior à do politécnico de Lisboa, no entanto é importante salientar que a população em estudo é composta por alunos, docentes e investigadores, daí que a o nível de Literacia em Saúde possa ser superior enquanto a amostra do estudo realizado por Vieira é constituída apenas estudantes (Vieira, 2020).

Também, quando se estudou o nível de literacia em saúde entre estudantes que estão em maior contacto com tópicos relacionados com saúde e os que não estão, observou-se que nos dois estudos os inquiridos relacionados com saúde apresentam um nível geral superior de Literacia em saúde comparando com os que não estão ligados à saúde (Vieira, 2020).

Em maior detalhe, também se fez uma análise do nível de Literacia em Saúde nos vários domínios, que permitiu calcular o nível global de Literacia em Saúde da população da UC. Assim, a nível global verificou-se que, 7,0% apresentou nível insuficiente, 34,4% nível problemático, 41,2% nível suficiente e 17,3% nível excelente. Estes resultados estão expostos no Gráfico 9.



PT – População geral portuguesa; PT-UC – Universidade de Coimbra.

Gráfico 9 - Nível de literacia na população portuguesa VS população do ensino superior da Universidade de Coimbra. Adaptado de: Pedro et al., 2016

O Gráfico 9 permite a comparação entre os resultados da população da UC e os resultados da população em geral. Desta forma foi possível concluir que os resultados da população do ensino superior são melhores, uma vez que 58,6% da população apresenta um nível suficiente ou excelente em literacia da saúde, comparando com os da população em geral, em que apenas 38,5% da população apresentou nível suficiente ou excelente em Literacia em Saúde. Este resultado pode dever-se ao facto de se tratar de uma amostra de alunos do ensino superior, que apresentam escolaridade mais avançada e outros fatores sociais que contribuem para uma maior Literacia em Saúde em comparação com a outra amostra que compreende indivíduos com vários contextos sociodemográficos. Assim, é de notar que esta comparação é realizada com duas grandes diferenças, o presente estudo incide sobre a comunidade do ensino superior e o outro incide sobre a população geral portuguesa. A segunda diferença, é que o estudo da população geral portuguesa utilizou o HLS-EU-Q47 e o da UC, o HLS-EU-Q16, portanto a diferença de respostas excelente e

suficiente pode também dever-se ao uso de um questionário mais pequeno, o que implica menor variabilidade de respostas.

A população do ensino superior da UC apresenta na sua maioria um nível de Literacia em Saúde suficiente. Globalmente, 41,4% dos participantes apresentam um nível insuficiente ou problemático, pelo que devem ser formuladas medidas que ajudem a diminuir estes números, por exemplo, a obrigatoriedade de uma unidade curricular de saúde para os estudantes.

Embora a forma de aplicação do questionário apresente alguma facilidade e conforto para quem pode preencher a partir de casa ou do trabalho, em vez dos próprios terem de se deslocar a um local específico, o presente estudo, como qualquer investigação, apresentou algumas limitações inerentes ao facto de este ter sido aplicado pela internet. Desta forma, pode apresentar alguns inconvenientes de não representatividade da amostra uma vez que não se consegue saber o quão esta amostra é realmente representativa da comunidade universitária da UC. No entanto, a amostra tem uma dimensão tão grande, que este problema pode ser reduzido. Além disso, não existe a garantia que certifique que os resultados possam ser generalizados para toda a comunidade do ensino superior do país. Assim, apesar de no geral os resultados serem promissores, devem ser replicados em outras populações universitárias, nomeadamente noutras universidades portuguesas para confirmar as conclusões apresentadas. Seria interessante também, a replicação do estudo após a elaboração e implementação de medidas que visem melhorar as competências dos membros da comunidade universitária e assim perceber se se verificou o aumento das competências.

Por fim, e na sequência do já apresentado, muitos têm sido os esforços desenvolvidos em Portugal na promoção da Literacia em Saúde, contudo não de forma integrada e estruturada. Apesar de se terem elaborado iniciativas com planos de melhoria na literacia da população portuguesa, ainda falta uma unanimidade nos objetivos e prioridades portuguesas. Ainda assim, considerou-se fundamental a conceção e implementação do Plano de ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, pela DGS.

6. Conclusão

O modelo conceptual apresentado nesta dissertação (proposto por Sørensen) forneceu uma visão abrangente de todos os fatores que impactam a Literacia em Saúde, assim como demonstrou uma forma de melhoria nos resultados obtidos em saúde. Especificamente, o modelo identificou 12 dimensões da Literacia em Saúde, referindo-se às competências relacionadas ao acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informação relacionada com a saúde nos domínios dos cuidados da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. Posto isto, este modelo tornou-se fundamental para alcançar o objetivo desta investigação.

O HLS-EU-Q16 mostrou-se um instrumento adequado para avaliar o nível de Literacia em Saúde da população universitária da Universidade de Coimbra, evidenciando propriedades psicométricas comparáveis às versões utilizadas em outros países.

Este estudo permitiu entender que, apesar da maioria da amostra apresentar um nível suficiente de Literacia em Saúde, também existe uma grande percentagem (41,4%) com Literacia em Saúde insuficiente ou problemática. Os inquiridos apresentaram dificuldades acrescidas, no domínio de “Avaliar informação em saúde”. Portanto, as universidades não devem presumir que todos os alunos têm as capacidades adequadas para agir no dia-a-dia. Esforços colaborativos entre docentes, funcionários do ensino superior e profissionais de saúde devem ser uma prioridade para o desenvolvimento de programas de educação na saúde por forma a haver melhoria das competências de Literacia em Saúde funcional e crítica da população do ensino superior. Estes esforços podem ser estendidos a outros interessados potenciais comumente identificados na literatura (IPSS's, ONG's, comunicação social, associações de doentes, associações de estudantes, etc.), podendo envolver várias parcerias estratégicas com os mesmos objetivos alinhados.

Tendo em conta os três domínios, é nos cuidados de saúde que se destacam os melhores valores (35,6) e no domínio da prevenção da doença que se verificam os piores resultados. É de salientar que este valor inferior se relaciona com a falta de informação sobre doenças de saúde mental que os inquiridos sentem ter.

Observou-se que a idade e a literacia em saúde não são variáveis independentes pelo que se observa que as competências de literacia em saúde tendem a aumentar com a idade. No que toca ao género, concluiu-se que este não tem impacto significativo no nível de literacia em saúde dos respondentes. Já relativamente ao nível de estudos, evidenciou-se que este tem um impacto positivo no nível de literacia em saúde dos estudantes.

Analisando separadamente os grupos dos alunos e docentes/investigadores observou-se que são os docentes/investigadores que apresentam um nível de literacia em saúde superior. Também que em ambos os grupos cujos cursos ou atividade profissional não estão relacionados com Saúde que os níveis de literacia tendem a ser mais preocupantes. Ainda, os dados evidenciaram que o contexto socioeconómico é um determinante fundamental da literacia em saúde na população universitária, nomeadamente ter capacidade financeira e ter pais profissionais de saúde acaba por ter um impacto positivo no nível de literacia dos seus filhos.

Para além de estender este estudo a outras instituições de ensino superior, é também de todo relevante explorar algumas áreas da Literacia em Saúde onde se detetaram algumas fragilidades ao longo deste percurso. Detetou-se que em Portugal existe pouca informação sobre a relação entre Literacia em Saúde e tomada de decisão partilhada, pelo que devem ser feitas mais investigações sobre o tema. A importância da Literacia em Saúde de Navegação (LS-NAV) também ficou demonstrada ao longo deste trabalho. No entanto, também se constatou que em Portugal há poucos estudos sobre este tema, sendo por isso uma área prioritária de investigação tendo em conta os potenciais impactos associados. Por último, a transformação digital, reforçada e acelerada com a pandemia Covid-19, e uma prioridade do PRR, aponta também para a necessidade de capacitar as pessoas na literacia digital tornando premente a investigação na área da saúde orientada nesta vertente.

Para finalizar, a melhoria da Literacia em Saúde aponta uma necessidade de educação na área da saúde, sendo fulcral que as universidades assumam um papel primário na formação para obter alunos mais capazes de navegar com sucesso no sistema de saúde e com melhores níveis de Literacia em Saúde. Além disto, as universidades compreenderem que têm de tomar um papel mais importante no aumento da literacia da saúde pode levá-las a formular cursos ou unidades curriculares que atendam às necessidades dos alunos.

Considerando o nível de Literacia em Saúde um determinante de saúde, e porque a sua promoção não ocorre isoladamente, faz sentido a realização de estudos com o intuito de avaliar também a Literacia em Saúde dos docentes.

Referências bibliográficas

- ACHA. (2018). *American College Health Association. National College Health Assessment II. UNDERGRADUATE STUDENT Reference Group Data Report Spring 2018.* https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_Spring_2018_Undergraduate_Reference_Group_Executive_Summary.pdf
- Adams, R. J., Appleton, S. L., Hill, C. L., Dodd, M., Findlay, C., & Wilson, D. H. (2009). Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. *Medical Journal of Australia*, 191(10), 530–534. <https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.2009.TB03304.X>
- Almeida, M. C. de, Xavier, M., De Investigação -José, E., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., Corrêa, B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J. (2013). *ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 1º RELATÓRIO COORDENAÇÃO DO ESTUDO.* https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio
- Andreia, C., Maragno, D., Serrate, S., li, M., Garcia, C., li, M., Vilaverde Diello, M., & lii, R. (2019). *Test of health Literacy for Portuguese-speaking Adults Teste de letramento em saúde em português para adultos.* <https://doi.org/10.1590/1980-549720190025>
- Apolinario, D., Braga, R. de C. O. P., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Campora, F., Bruc, K. S., & Lees, S. Y. D. (2012). Short assessment of health literacy for portuguese-speaking adults. *Revista de Saude Publica*, 46(4), 702–711. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>
- Ayaz-Alkaya, S., & Terzi, H. (2019). Investigation of health literacy and affecting factors of nursing students. *Nurse Education in Practice*, 34, 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.10.009>
- Baker, D. W. (2006). *The Meaning and the Measure of Health Literacy.* 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Belliger, A., & Krieger, D. J. (2018). *The Digital Transformation of Healthcare.* 311–326. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73546-7_19
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F., & Ávila, P. (1996). *A literacia em Portugal. Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica.* http://www.apcep.pt/docs/livro_benavente.pdf
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). *Journal of Health Communication Health Literacy: What Is It?* 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Brabers, A. E. M., Rademakers, J. J. D. J. M., Groenewegen, P. P., Van Dijk, L., & De Jong, J. D. (2017). What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? *PLOS ONE*, 12(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173316>
- Carneiro, V. A. S. (2017). *Literacia em saúde: Um retrato da população adulta portuguesa.* <http://hdl.handle.net/10284/6530>
- Chew-Graham, C. A. (2017). Focus on shared decision-making. In *Health Expectations* (Vol. 20, Issue 6, pp. 1181–1182). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/hex.12654>
- Comissão-Europeia. (2020). *Estratégia em matéria de vacinas contra o coronavírus | Comissão Europeia.* https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/coronavirus-vaccines-strategy_pt
- Dietscher, C., Pelikan, J., Bobek, J., & Nowak, P. (2019). SHORT COMMUNICATION The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) A network

- under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII). *Public Health Panorama*, 05 (01). WHO Regional Office for Europe, 65–71.
- Dolezel, D., Shanmugam, R., & Morrison, E. E. (2020). Are college students health literate? *Journal of American College Health*, 68(3), 242–249. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1539001>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227–235. <https://doi.org/10.20344/AMP.11923>
- Doyle, G., & Cafferkey, K. (2012). *The European Health Literacy Survey: Results from Ireland*. https://www.researchgate.net/publication/281629581_The_European_Health_Literacy_Survey_Results_from_Ireland
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033–1041. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.09.277>
- Espanha, R., Ávila, P., Veloso Mendes DESIGN, R., Fernandes, J., & Calouste Gulbenkian, F. (2016). *Relatório Síntese AUTORIA DEPÓSITO LEGAL EDIÇÃO FICHA TÉCNICA. Fundação Calouste Gulbenkian*.
- Fawcett, S., Abeykoon, P., Arora, M., Dobe, M., Galloway-Gilliam, L., Liburd, L., & Munodawafa, D. (2010). Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global Health Promotion*, 17(4), 52–56. <https://doi.org/10.1177/1757975910383933>
- Fernandes, P. (2012). *Literacia em saúde. Contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS - Newest Vital Sign*.
- Fetter, M. S. (2009). Interoperability-Making Information Systems Work Together. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(7), 470–472. <https://doi.org/10.1080/01612840902722138>
- Finbråten, H. S., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., Pettersen, K. S., Trollvik, A., & Guttersrud, Ø. (2018). *Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis*. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3275-7>
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public Health Literacy Defined. In *American Journal of Preventive Medicine* (Vol. 36, Issue 5, pp. 446–451). Am J Prev Med. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health* 2016 16:1, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12889-016-3790-6>
- Gostin, L. O., Hodge, J. G., & Wiley, L. F. (2020). Presidential Powers and Response to COVID-19. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 323, Issue 16, pp. 1547–1548). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4335>
- Griese, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health Article*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
- Grygo, M. (2020). *The health literacy knowledge and skills among undergraduate students*. <https://commons.lib.jmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1041&context=honors202029>

- Gustafsdottir, S. S., Sigurdardottir, A. K., Arnadottir, S. A., Heimisson, G. T., & Mårtensson, L. (2020). *Translation and cross-cultural adaptation of the European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: the Icelandic version*. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8162-6>
- Haggerty, E. (2017). *Healthcare and digital transformation*. 7–11. <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/82651.pdf>
- Harris, J. D., Quatman, C. E., Manring, M. M., Siston, R. A., & Flanigan, D. C. (2014). How to write a systematic review. *American Journal of Sports Medicine*, 42(11), 2761–2768. <https://doi.org/10.1177/0363546513497567>
- Hawkins, M., Gill, S. D., Batterham, R., Elsworth, G. R., & Osborne, R. H. (2017). *The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores*. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2254-8>
- Houston, T., & Allison, J. (2002). Users of Internet health information: differences by health status. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2), 10–24. <https://doi.org/10.2196/JMIR.4.2.E7>
- Ickes MEd, M. J., Cottrell DEd, R., Ickes, M. J., & Cottrell, R. (2010). Health Literacy in College Students. *Journal of American College Health*, 58(5), 491–498. <https://doi.org/10.1080/07448481003599104>
- Jordan, J. E., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2009). *Health Literacy and Communication Conceptualising health literacy from the patient perspective*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.001>
- Joseph, R., Fernandes, S., Hyers, L., & O'Brien, K. (2016). *Health literacy: a cross-disciplinary study in American undergraduate college students*. <https://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=58bb146b-b977-40e2-9ac8-f6337d30d08c%40sessionmgr101>
- Kann, L., Brener, N., & Allensworth, D. (2001). Health education: results from the School Health Policies and Programs Study 2000. *The Journal of School Health*, 71(7), 266–278. <https://doi.org/10.1111/J.1746-1561.2001.TB03504.X>
- Kickbusch, I. (2001). *Health literacy: addressing the health and education divide*. 16(3), 289–297. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2013). *Health literacy : the solid facts*. 73.
- Kim, H., & Xie, B. (2017). *Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.015>
- Kostkova, P. (2015). Grand Challenges in Digital Health. *Frontiers in Public Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2015.00134>
- Kraus, S., Schiavone, F., Pluzhnikova, A., & Invernizzi, A. C. (2021). Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state-of-research. *Journal of Business Research*, 123, 557–567. <https://doi.org/10.1016/J.JBUSRES.2020.10.030>
- Kwan, B., & Zumbo, B. (2006). *The Development and Validation of Measures of “Health Literacy” in Different Populations*.
- Lorini, C., Lastrucci, V., Mantwill, S., Vettori, V., Bonaccorsi, G., Literacy, F. H., & Group, R. (2019).

- Measuring health literacy in Italy: a validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language, conducted in Florence and its surroundings. *Ann Ist Super Sanità*, 55(1), 10–18. https://doi.org/10.4415/ANN_19_01_04
- Loureiro. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. In *Revista Portuguesa de Saude Publica* (Vol. 33, Issue 1, p. 1). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>
- Loureiro, A., & Rocha, D. (2012). *LITERACIA DIGITAL E LITERACIA DA INFORMAÇÃO-COMPETÊNCIAS DE UMA ERA DIGITAL*. <http://hdl.handle.net/10400.15/758>
- Loureiro, L. M. J., Jorm, A. F., Rodrigues, M. A., Santos, J. C. P., Oliveira, R. A., Abrantes, A. R. D., Sousa, C. S. F., Gomes, S. P. da S., Rosa, A. G. dos S., Barroso, T. M. M. D. de A., Mendes, A. M. de O. C., Ferreira, R. O., Apóstolo, J. L. A., & Cardoso, D. F. B. (2014). *Literacia em saúde mental – Capacitar as pessoas e as comunidades para agir. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra ISSN 1647-9440*.
- Luís, M. de J., Cruz, M. de O., Mendes, A., Andrade, M. M. D. de, Barroso, T., Carlos Pereira dos Santos, J., Aragão Oliveira, R., & Oliveira Ferreira, R. (2012). *III Série-n Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios Mental health literacy of teenagers and youth: concepts and challenges Literacia de la salud mental de la adolescencia y juventud: conceptos y desafíos*.
- Lyman, H. H. (1979). *Literacy Education as Library Community Service*. 28(2), 193–217. <https://core.ac.uk/download/pdf/4816416.pdf>
- Martins, & Andrade. (2014). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência Série IV - N°3*, 75–84. <https://doi.org/10.12707/RIII1399>
- Martins, C. S. (2017). *Literacia em Saúde numa Comunidade da Região Centro*. <http://hdl.handle.net/10314/3990>.
- Miranda Cruz, D. (2013). *UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR Literacia em eHealth dos Portugueses: Estudo exploratório*. <http://hdl.handle.net/10400.6/2942>
- Murphy, P. W., Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., & Decker, B. C. (1993). *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): A Quick Reading Test for Patients on JSTOR*. 37(2), 124–139. <https://www.jstor.org/stable/40033408?seq=1>
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A prescription to End Confusion*. 19–58. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Nolasco, A., Barona, C., Tamayo-Fonseca, N., Ángeles Irlles, M., Más, R., Tuells, J., & Pereyra-Zamora, P. (2020). Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gac Sanit*, 34(4), 399–402. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.006>
- Norman, C. D., Skinner, H. A., & Silverman Global Ehealth Program, P. A. (2006). *Original Paper eHEALS: The eHealth Literacy Scale*. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303–305. <https://doi.org/10.1007/S00038-009-0050-X>
- Nutbeam, D. a. (2000a). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183–184. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.183>

- Nutbeam, D. b. (2000b). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. DOI:10.1093/heapro/15.3.259. 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). *The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.5993/ajhb.31.s1.4>
- 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 Prevalência de Literacia em Saúde Inadequada em Portugal Medida com o Newest Vital Sign*. <https://doi.org/10.20344/amp.9135>
- Parker, R. M., Baker, D. W., Willia, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537–541. <https://doi.org/10.1007/BF02640361>
- Pedro, A. R. (2018). Literacia em saúde: Da gestão de informação à decisão inteligente. *RUN /Escola Nacional de Saúde Pública*, 1–309. <https://run.unl.pt/handle/10362/58232>
- 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 Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). *Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?* <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
- Pelikan, J. M., Ganahl, K., Van Den Broucke, S., & Sørensen, K. (2019). *Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)*. 115–138.
- Pelikan, J. M., Rothlin, F., & Ganahl, K. (2012). *COMPARATIVE REPORT ON HEALTH LITERACY IN EIGHT EU MEMBER STATES*. http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
- PORDATA a. (2021). *PORDATA - Alunos do sexo feminino em % dos matriculados no ensino superior: total e por área de educação e formação*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+do+sexo+feminino+em+percentagem+dos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+área+de+educação+e+formação+-1051>
- PORDATA b. (2021). *PORDATA - Docentes do ensino superior: total e por sexo*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Docentes+do+ensino+superior+total+e+por+sexo-666-4639>
- Porr, C., Drummond, J., & Richter, S. (2006). *Health Literacy as an Empowerment Tool for Low-Income Mothers*. *Fam Community Health*. 2006 Oct-Dec;29(4):328-35. DOI: 10.1097/00003727-200610000-00011.
- PRR. (2021). *Consulta - PRR - Plano de Recuperação e Resiliência*.

- https://www.consultalex.gov.pt/ConsultaPublica_Detail.aspx?Consulta_Id=183
- Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., Drew, B. L., & Aldalaykeh, M. (2019). *Health literacy: exploring disparities among college students*. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7781-2>
- Ribeiro, J. M. (2019). *Saúde digital: um sistema de saúde para o século XXI*.
- Robards, F., Th, M. A. A., Kang, M., Usherwood, T., & Sanci, L. (2017). *How Marginalized Young People Access, Engage With, and Navigate Health-Care Systems in the Digital Age: Systematic Review*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.10.018>
- Rodrigues, V. (2018). Health literacy. In *Revista Portuguesa de Cardiologia* (Vol. 37, Issue 8, pp. 679–680). Sociedade Portuguesa de Cardiologia. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>
- Roque, D. I. F. (2012). *Gestão de Dados Clínicos*. <http://hdl.handle.net/10400.26/17235>
- Roser, M., & Ortiz-Ospina, E. (2016). Literacy. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/literacy>
- Rudd, R. E., Colton, T., & Schacht, R. (2000). *An Overview of Medical and Public Health Literature Addressing Literacy Issues: An Annotated Bibliography*. *NCSALL Reports #14*. https://www.researchgate.net/publication/234617619_An_Overview_of_Medical_and_Public_Health_Literature_Address_Literacy_Issues_An_Annotated_Bibliography_NCSALL_Reports_14
- Schillinger, D. (2020). *The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities*. 22–41. <https://doi.org/10.3233/SHTI200020>
- Silva, R. (2020). *Melhorar a Literacia em Saúde pela via da educação digital e colaborativa - Value for Health CoLAB*. <https://vohcolab.org/pt/melhorar-a-literacia-em-saude-pela-via-da-educacao-digital-e-colaborativa/>
- Simonds, S. K. (1974). *Health Education as Social Policy*.
- SNS. (2021). *Certificado Digital Covid da UE – SNS*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/06/16/certificado-digital-covid-da-ue/>
- Sørensen, K. (2013). *Health literacy : a neglected European public health disparity*.
- Sørensen, Kristine, Charalambous, K. I., Brand, H., Corca, A., & Roediger, A. (2016). *Making health literacy a priority in EU policy*. http://ec.europa.eu/health/health_policies/docs/2015_health_literacy_en.pdf
- Sørensen, Kristine, Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van Den Broucke, S., & Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, Kristine, 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*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, Kristine, Van Den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). *Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>

- Souza, C. de, Ana, Souza, C. de, Ana, Maria Costa Alexandre, N., & de Brito Guirardello, E. (2017). *Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Epidemiol Serv Saude. 2017 Jul-Sep;26(3):649-659. English, Portuguese. 26(3).* <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- SPMS. (2019). *Centro Nacional de TeleSaúde Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde.* https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_português.pdf
- Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., & McCormack, L. (2012). The Health Literacy Skills Framework. *Journal of Health Communication, 17*, 30–54. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.713442>
- 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, 475.* <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4391-8>
- Sukys, S., Cesnaitiene, V. J., & Ossowsky, Z. M. (2017). *Is Health Education at University Associated with Students' Health Literacy? Evidence from Cross-Sectional Study Applying HLS-EU-Q.* <https://doi.org/10.1155/2017/8516843>
- Tamhane, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Hargraves, I., & Montori, V. M. (2015). Shared Decision-Making in Diabetes Care. In *Current Diabetes Reports* (Vol. 15, Issue 12). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11892-015-0688-0>
- Telo de Arriaga, M., dos Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde.* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Vasconcellos-Silva, P. R., Luis, E., & Castiel, D. (2009). Opinión y análisis / Opinion and analysis As novas tecnologias de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela Internet. In *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* (Vol. 26, Issue 2). <http://www.revolutionhealth.com/symptom-checker/>
- Vaz de Almeida, C., Ribeiro da Silva, C., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., Maltez, H., Luis, H., Filipe, J., Moutão, J., Lorangeira, J., Cid, L., Bárbara de Menezes, M., Cristina Ferreira, M., Loureiro, M., Leitão Correia, M., Chaves da Silva, N., Barbosa, P., Carvalho, P., ... Assunção, V. (2019). *Manual de boas práticas - literacia em saúde; Capacitação dos profissionais de saúde.* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Vieira, M. J. M. (2020). *Literacia em Saúde nos estudantes do ensino superior do Politécnico de Lisboa.*
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). *Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. 3(6), 514–522.* <https://doi.org/10.1370/afm.405>
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary.* https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf
- WHO. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report.* www.who.int
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. In *Health Promotion International* (Vol. 20, Issue 2, pp. 195–203). Health Promot Int. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., Huang, W., Lu, L., Bai, R., Sharma, M., & Zhao, Y. (2016). *Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152547>