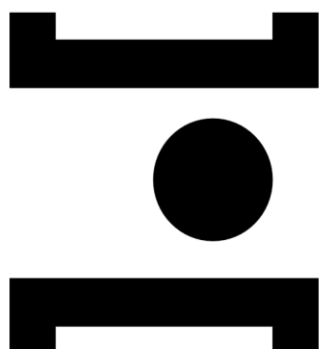


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**“CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE PARA OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DUMA UNIDADE LOCAL DE
SAÚDE”**

Dissertação

**Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e de Saúde Pública**

Ângela Josefa Alemão Maduro

Orientação:

Ana Cristina de Spínola Costa Maymone Madeira
Maria Celeste Gomes de Aguiar Eloy Godinho Nogueira

Janeiro, 2026

Dedicatória

Dedico esta tese à minha filha que apesar das constantes divergências de opiniões,
estamos sempre lado a lado.

Agradecimentos

Às professoras, orientadora e coorientadora, Ana Spínola e Celeste Godinho, pelo conhecimento, competência, disponibilidade e confiança, que sempre me demonstraram, que desde o primeiro dia me motivaram para a concretização de mais esta etapa do meu percurso.

A todos os meus professores Escola Superior de Enfermagem de Santarém que me formaram e contactei pelos ensinamentos transmitidos.

Aos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar envolvidas na investigação, pelo tempo e disponibilidade em colaborar com o estudo, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho em especial ao grupo de enfermagem por todo o apoio, colaboração e carinho que demonstraram ao longo deste percurso.

À minha família por toda a compreensão e apoio que me demostram, em particular aos meus filhos que sempre me motivaram.

Por fim, agradeço também a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este trabalho fosse concretizado.

Acrónimos/Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AT – Assistentes técnicos

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CRI – Centros de Responsabilidade Integrada

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL - Decreto-Lei

Enf. - Enfermeiros

ESSS - Escola Superior de Saúde de Santarém

HLS-EU-PT - European Health Literacy Survey em Português

LS – Literacia em Saúde

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNLSCC – Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do comportamento

PS – Profissionais de saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

Resumo

A literacia em saúde constitui um determinante fundamental da saúde individual e coletiva, influenciando a utilização dos serviços de saúde, a tomada de decisão informada e os ganhos em saúde. A clareza deste conceito é fundamental quer para cidadãos quer para profissionais de saúde, particularmente no contexto dos cuidados de saúde primários, onde a comunicação e a proximidade assumem um papel central. Este estudo teve como objetivo caracterizar o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar de uma Unidade Local de Saúde, identificar os domínios de literacia em saúde autopercecionados e analisar as estratégias desenvolvidas na sua promoção. Desenvolveu-se um estudo de natureza mista, exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa. A recolha de dados foi realizada através da aplicação da escala European Health Literacy Survey validada para a população portuguesa (HLS-EU-PT-Q16) e de questões abertas dirigidas a médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. Os resultados evidenciam uma conceção alinhada com o modelo integrado de literacia em saúde, destacando os profissionais como mediadores, educadores e facilitadores da autonomia dos cidadãos. Conclui-se que a literacia em saúde dos profissionais ultrapassa o conhecimento técnico, integrando competências comunicacionais, reflexivas e críticas, essenciais para a qualidade dos cuidados e para a promoção de ganhos em saúde.

Palavras-chave: literacia em saúde, profissionais de saúde, cuidados de saúde primários, unidade de saúde familiar.

Abstract

Health literacy is a fundamental determinant of individual and collective health, influencing the use of health services, informed decision-making, and health gains. The clarity of this concept is fundamental for both citizens and health professionals, particularly in the context of primary health care, where communication and proximity play a central role. This study aimed to characterize the concept of health literacy of health professionals in the Family Health Units of a Local Health Unit, to identify the self-perceived health literacy domains and to analyze the strategies developed in its promotion. A mixed, exploratory-descriptive study was developed, with a quantitative and qualitative approach. Data collection was carried out through the application of the European Health Literacy Survey scale validated for the Portuguese population (HLS-EU-PT-Q16) and open questions addressed to doctors, nurses and technical assistants. The results show a conception aligned with the integrated model of health literacy, highlighting professionals as mediators, educators and facilitators of citizens' autonomy. It is concluded that the health literacy of professionals goes beyond technical knowledge, integrating communicational, reflective and critical skills, essential for the quality of care and for the promotion of health gains.

Key-words: *health literacy, health professionals, primary health care, family health unit.*

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE | p |
| INTRODUÇÃO | 1 |
| PARTE I | 8 |
| ENQUADRAMENTO TEÓRICO – CONCETUAL | 8 |
| 1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS | 9 |
| <i>1.1 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO CONTEXTO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE</i> | <i>10</i> |
| <i>1.2 – A REALIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR</i> | <i>12</i> |
| 2 – LITERACIA EM SAÚDE | 14 |
| <i>2.1– CONCEITO</i> | <i>15</i> |
| <i>2.2– MODELO INTEGRADO DE LITERACIA EM SAÚDE</i> | <i>16</i> |
| <i>2.3– LITERACIA EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</i> | <i>19</i> |
| 3 - PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA | 21 |
| PARTE II | 23 |
| PERCURSO METODOLÓGICO | 23 |
| 4 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO | 24 |
| <i>4.1 – TIPO DE ESTUDO</i> | <i>24</i> |
| <i>4.2 – OBJETIVO DO ESTUDO</i> | <i>25</i> |
| <i>4.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO</i> | <i>26</i> |
| <i>4.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA</i> | <i>27</i> |
| <i>4.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS</i> | <i>28</i> |
| <i>4.6 – RECOLHA DE DADOS</i> | <i>30</i> |
| <i>4.7 – ANÁLISE DOS DADOS</i> | <i>31</i> |
| PARTE III | 34 |
| APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 34 |
| 5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS – ABORDAGEM QUANTITATIVA | 35 |
| <i>5.1 – DOMÍNIOS DE LITERACIA EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</i> | <i>38</i> |
| 6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS – ABORDAGEM QUALITATIVA | 47 |

| | |
|---|-----------|
| <i>6.1 – COMPETÊNCIAS DE LITERACIA EM SAÚDE</i> | <i>51</i> |
| <i>6.2 – ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE LITERACIA EM SAÚDE</i> | <i>54</i> |
| 7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 58 |
| 8 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO | 66 |
| 9- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 70 |
| ANEXOS E APÊNDICES | 67 |
| APÊNDICE A - SCOPING REVIEW | 68 |
| APÊNDICE B – CRONOGRAMA | 112 |
| APÊNDICE C - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DA ULS ESTUÁRIO DO TEJO | 114 |
| APÊNDICE D - COMPROMISSO DE HONRA DOS INVESTIGADORES | 116 |
| APÊNDICE E - MODELO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO | 119 |
| APÊNDICE F– EMAIL PARA OS COORDENADORES | 128 |
| APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO | 130 |
| APÊNDICE H - RESPOSTAS AO INQUÉRITO | 143 |
| APÊNDICE I – ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA ESCALA HLS-EU-PT-Q16 | 167 |
| APÊNDICE J - GRELHAS DE ANÁLISE DAS PERGUNTAS DE RESPOSTA ABERTA | 170 |
| ANEXO A - AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO DA ESCALA HLS-EU-PT-Q16 | 178 |
| ANEXO B - ESCALA HLS-EU-PT-Q16 | 180 |
| ANEXO C – PARECER DE COMISSÃO DE ÉTICA | 184 |

| | |
|--|----|
| Lista de figuras | p. |
| Figura 1 <i>Modelo integrado de alfabetização em saúde</i> | 17 |
| Figura 2 <i>Matriz dos sub índices de literacia em saúde baseadas no modelo concetual do HLS-EU, utilizadas na construção do questionário</i> | 18 |
| Figura 3 <i>Distribuição por nível de literacia</i> | 37 |
| Figura 4 <i>Valores obtidos por cada participante tendo em conta a escala HLS-EU-PT-Q16</i> | 41 |
| Figura 6 <i>Domínio cuidados de saúde</i> | 42 |
| Figura 7 <i>Domínio prevenção da doença</i> | 43 |
| Figura 8 <i>Domínio promoção da saúde</i> | 44 |

Lista de tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 <i>Recursos humanos</i> | 28 |
| Tabela 2 <i>Caracterização sociodemográfica dos participantes</i> | 35 |
| Tabela 3 <i>Consistência interna da escala HLS-EU-Q16 e respetivos fatores</i> | 37 |
| Tabela 4 <i>Respostas aos 16 itens do questionário por participantes do estudo</i> | 40 |
| Tabela 5 <i>Temas, categorias e subcategorias</i> | 48 |
| Tabela 5 <i>Valores por de literacia por domínio por índice e por score</i> | 56 |

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), em particular as Unidades de Saúde Familiar (USF), atendendo à essência da sua constituição e às recentes alterações legislativas, podem ser considerados a principal porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), tanto a nível individual como comunitário. A utilização eficaz e eficiente destes cuidados depende da forma como as pessoas percecionam as suas necessidades em saúde, do entendimento que os diferentes profissionais têm dessas necessidades e da capacidade de todos os intervenientes, incluindo as forças políticas, em gerar consensos com vista à prestação de cuidados de saúde de excelência ao menor custo possível. No entanto, este entendimento nem sempre é alcançado, o que conduz frequentemente à sobrecarga dos serviços e à conseqüente diminuição da qualidade dos cuidados de saúde. Esta realidade traduz-se em níveis de insatisfação diversos, quer a nível individual, quer profissional, bem como na comunidade em geral.

As orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2020–2030 (Direção-Geral da Saúde, 2019), preconizam a capacitação dos cidadãos e dos profissionais de saúde como eixo central para a promoção da literacia em saúde e a redução das desigualdades no acesso à informação e aos cuidados. Neste contexto, a avaliação da literacia em saúde dos profissionais das Unidades de Saúde Familiar (USF) constitui um contributo relevante para a concretização dos objetivos do Plano, nomeadamente no que se refere à melhoria da qualidade dos cuidados e à adoção de práticas baseadas em evidência.

Neste enquadramento, considerou-se pertinente caracterizar o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde, que se têm vindo a verificar através de conceções tão diversas no decorrer da experiência na prestação de cuidados de saúde que se tem desenvolvido numa USF. Nesta realidade, e reconhecendo como objetivo transversal a saúde da comunidade e a promoção da saúde da população, valorizam-se os cuidados de saúde primários no geral e as unidades de saúde familiar em particular como pilares fundamentais, e assim, como contextos de intervenção para este estudo.

A saúde individual reflete-se na qualidade do relacionamento com os outros, a definição clássica de saúde pela OMS refere-se a “um estado de absoluto bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946, citado por Laverack, 2008, p.24). Neste conceito entende-se que o bem-

estar físico se refere a um bom funcionamento do corpo, ou seja, à normalidade biológica, e à presença de uma boa apetência física no desempenho de tarefas. O bem-estar social contempla as relações interpessoais, bem como outras variáveis sociais como a satisfação material, a presença de emprego, a participação a nível comunitário, as relações que se estabelece a nível familiar e profissional são de extrema importância para o bem-estar de uma pessoa. O bem-estar mental desperta-nos para conceitos como a autoeficácia, o bem-estar subjetivo e a competência social bem como a robustez psicológica (Laverack, 2008).

As pessoas normalmente não estão preocupadas em ter uma saúde excelente, procuram manter um nível de saúde ótimo que possibilite o desempenho dos seus compromissos, fazendo uma relação de custo-benefício procurando resultados positivos, no sentido de se sentirem saudáveis, sendo nesta equação que a promoção da saúde ganha destaque ao terem de decidir mediante a informação que têm o que querem fazer e até onde estão dispostas a ir pela sua saúde. A OMS descreve a promoção da saúde como “um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde” (OMS,1986 citado por Laverack, 2008, p.12).

A carta de Ottawa em 1986 reafirmava a importância da promoção da saúde, da qual já se falava em 1974, no Canadá, com o movimento de promoção da saúde, tendo surgido num documento oficial pela primeira vez, tendo motivação política, técnica e económica para fazer frente aos aumentos do custo da saúde. Segundo esta carta a educação em saúde contempla o entendimento da promoção da saúde, abrangendo um conjunto de cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorganização dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (Heidmann et al., 2006).

Relativamente ao conceito de promoção da saúde, refere-se que ao fornecer informação e reforçar a capacidade de decisão das pessoas sobre a sua própria saúde, se contribui igualmente para a promoção da saúde da comunidade. Este processo remete-nos para outro conceito fundamental: o empoderamento comunitário.

Este pode ser encarado de duas formas, quer como um processo que visa o concretizar de uma meta ou objetivo, ou como um resultado onde o empoderamento por si só é a meta ou o objetivo, segundo Laverack o empoderamento comunitário descreve “o processo através do qual as comunidades (e os indivíduos que a ela pertencem) ganham mais controlo, enquanto a capacidade da comunidade se apresenta como os

domínios ou predicados específicos através dos quais é exercido esse controlo” (Laverack, 2008, p.16).

As pessoas para gerirem com sucesso a sua saúde, devem ter a capacidade de adquirir, interpretar e compreender as informações e serviços básicos de saúde necessários para as suas tomadas de decisão adequadas em saúde. Sendo conhecida como literacia em saúde “esta capacidade envolve a utilização de competências de leitura, escrita, verbais e numéricas no contexto da saúde” (Brega et al., 2015, p.1).

A Organização Mundial de Saúde define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade de a pessoa aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (Arriaga et al., 2019, p.8).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) definidos pela OMS são o modelo para alcançar um futuro melhor e mais sustentável para todos, estes abordam os desafios globais que enfrentamos, tais como a pobreza, a desigualdade, as mudanças climáticas, a degradação ambiental, a paz e a justiça. Mais especificamente permitem-nos aprimorar o nível literário e educacional dos profissionais de saúde, influenciando diversos aspetos da sua formação e prática profissional. No que se refere ao ODS 3, Saúde e Bem-Estar, isto é garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades, no intuito de promover a disseminação de informação atualizada acerca das práticas de cuidados de saúde e do avanço do conhecimento como, o potenciar a literacia em saúde entre os profissionais de saúde para uma melhor transmissão de informação à população de forma clara e eficaz, na promoção da saúde desta (OMS, 2015).

Vários estudos desenvolvidos nos últimos anos neste âmbito vêm, demonstrando um nível inadequado de literacia em saúde, o que poderá ter implicações consideráveis na utilização dos serviços, nos resultados em saúde e por consequência nos ganhos em saúde. Por outro lado, o conceito de literacia em saúde tem evoluído, englobando as componentes pessoal e social do indivíduo, “assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia a dia” (Pedro et al., 2016, p.1). Estas componentes tornam-se tão mais importantes neste estudo, quando se pretende identificar as dimensões da literacia em saúde autopercionados pelos profissionais de saúde de uma unidade de saúde familiar.

A literacia em saúde assenta na comunicação uma vez que esta permite estabelecer relações entre as pessoas, esta comunicação pode desenvolver-se de diversas formas, ao nível interpessoal, grupal, social e mediático, facilitando a transmissão de mensagens tanto verbais como não verbais, no intuito da compreensão entre os envolvidos e a promoção da saúde. Um profissional de saúde para além das competências técnicas, deverá dotar-se de outros conhecimentos entre eles habilidades de comunicação em saúde, marketing em saúde, criatividade, mediação de conflitos e resolução de problemas e competências sociais. Tornando-se num ser humano com uma dimensão e visão holística aprofundada do utente e do seu contexto, é nesta base relacional do profissional e o utente que assenta a comunicação interpessoal, sendo o centro da qualidade dos cuidados de saúde, contudo a evidência científica mostre que existem melhorias a desenvolver (Almeida, 2019).

O modelo conceptual de literacia em saúde proposto por Sørensen et al. (2012) assenta numa abordagem integradora, estruturada a partir da interseção entre quatro processos fundamentais de tratamento da informação: acesso, compreensão, avaliação e aplicação; bem como de três domínios de atuação em saúde: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. Permitindo esta matriz conceptual compreender a literacia em saúde como um fenómeno transversal aos diferentes contextos de interação dos indivíduos com os sistemas de saúde e com os determinantes sociais da saúde.

Neste enquadramento o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (Arriaga et al., 2023), refere que, níveis de literacia em saúde inadequados podem ter implicações na saúde individual e coletiva significativas e incorrer em perspetivas de desigualdades em saúde, implicando com a gestão de recursos e possíveis ganhos em saúde. Embora, nos últimos anos, se tenha verificado em Portugal uma evolução positiva nos níveis de literacia em saúde da população, esta continua a constituir uma necessidade significativa, tanto para a população em geral como para os profissionais de saúde em particular. Por esse motivo, a literacia em saúde surge como uma das prioridades de intervenção do Plano Nacional de Saúde 2023-2030. Este plano define como objetivo estratégico a promoção da literacia em saúde, reconhecendo-a como um determinante da saúde, particularmente relevante nos problemas de elevada magnitude e elevado potencial de risco.

De acordo com aumento da literacia em saúde, na comunidade apresenta-se como um desafio e uma prioridade, que envolve diferentes atores, a população, os

profissionais de saúde e os decisores políticos, numa abordagem integrada (Almeida, 2019). Sendo deste modo a promoção da literacia em saúde é assumida como uma estratégia de intervenção transdisciplinar e multissetorial.

Neste sentido, o reconhecimento da literacia em saúde como determinante da saúde da população implica, necessariamente, que os profissionais de saúde compreendam de forma adequada a sua conceptualização. Torna-se, assim, fundamental compreender as aquisições teóricas assumidas e de que modo estas são mobilizadas nos diferentes domínios da literacia em saúde.

À semelhança do panorama nacional, a carência de recursos humanos é uma realidade na ULS onde se desenvolveu o estudo, exigindo uma gestão e utilização tão equilibrada quanto possível. Este equilíbrio é fundamental para garantir uma resposta mais eficaz às necessidades de cuidados de saúde da comunidade, sem comprometer o bem-estar nem provocar a exaustão dos profissionais.

Com o propósito de aprofundar o conhecimento científico sobre a literacia em saúde, a temática em estudo, procedeu-se à realização de uma scoping review (Apêndice A).

Neste enquadramento, a análise da literatura consultada, considerando o contexto das atuais alterações sociodemográficas, permitiu evidenciar a relevância do Manual de Boas Práticas em Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde enquanto instrumento potenciador de estratégias orientadas para a melhoria da interação entre profissionais de saúde e utentes, promovendo o desenvolvimento da autonomia e da reflexão crítica no processo de tomada de decisão em saúde.

A reflexão de todos estes aspetos configura uma inquietação, que se constitui num fator de motivação para a identificação do conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das USF de uma ULS. A área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) experimentou uma profunda reforma nos últimos anos, sendo as Unidades de Saúde Familiar (USF) a face mais visível dessa reforma (Decreto-Lei n.º 103/2023).

As USF são equipas multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, responsáveis pelo acompanhamento de utentes ao longo do ciclo de vida, incluindo saúde infantil, saúde materna e vigilância de doenças crónicas como a diabetes e hipertensão (Decreto-Lei-n.º 73/2017). As Unidades de Saúde Familiar desempenham um papel central na prevenção da doença e na promoção da saúde, assegurando cuidados de proximidade e continuidade. Neste contexto, a literacia em saúde dos profissionais das USF assume-se como um fator determinante para o

sucesso destas unidades, uma vez que influencia diretamente a comunicação com os utentes, a qualidade das decisões clínicas e a eficácia das intervenções em saúde pública. A capacitação dos profissionais é essencial para garantir a adoção de boas práticas na promoção da literacia em saúde, reduzindo desigualdades no acesso à informação e melhorando os resultados clínicos e sociais.

Enquadra-se estas permissas no percurso reflexivo que se tem vindo a desenvolver. Considerou-se o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde relevante, contudo ainda pouco documentado atualmente. Conscientes de que um problema de investigação é um desvio consciente entre o saber atual e o saber desejável (Chevrier, 2003), define-se com questão de investigação: “Qual o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das USF da unidade local de saúde?”

E como subquestões:

- Que domínios da literacia em saúde são auto percecionados pelos profissionais de saúde das USF da ULS;
- Quais as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde das USF da ULS nos domínios da literacia em saúde.

Formulou-se como **objetivo geral**: caracterizar o conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde das USF de uma unidade local de saúde através da aplicação da escala de literacia em Saúde ‘European health literacy survey’ validada para a população portuguesa (HLS-EU-PT). Como **objetivos específicos** definiu-se:

- Caracterizar sociodemograficamente os profissionais de saúde
- Identificar os domínios da literacia em saúde auto percecionados pelos profissionais de saúde
- Analisar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde.

Como metodologia, assumiu-se um estudo de natureza mista, com abordagem quantitativa e qualitativa. Para a recolha de dados, recorreu-se a um questionário de caracterização sociodemográfica, à aplicação da escala European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT), validada para a população portuguesa, e a questões abertas dirigidas aos profissionais de saúde das USF de uma ULS. O estudo foca-se em sete (7) USF de uma ULS abrangendo um total de 180 profissionais de saúde, sendo a sua participação, voluntária, anónima e sem qualquer tipo de compensação.

O documento que se apresenta encontra-se organizado quanto à estrutura e conteúdo em três partes. Na parte um, é apresentado o enquadramento teórico-

conceitual, abordando-se conceitos fundamentais como a promoção da saúde nos cuidados de saúde primários, a realidade das unidades de saúde familiares, a literacia em saúde, o modelo integrado de literacia em saúde e a literacia em saúde dos profissionais de saúde, bem como a promoção da literacia para a enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. A parte dois é dedicada ao percurso metodológico, detalhando-se a metodologia utilizada, o tipo de estudo, os objetivos e as questões de investigação, a amostra e a população alvo, as considerações éticas e os procedimentos de recolha de dados. Segue-se a parte três com a apresentação e análise dos dados, incluindo o nível e os domínios de literacia em saúde, bem como a discussão dos resultados, as conclusões e as implicações do estudo. São ainda disponibilizados anexos e apêndices com documentação de apoio à investigação, incluindo o cronograma de trabalho, autorizações, instrumentos de recolha de dados, declarações éticas e resultados dos questionários aplicados.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO – CONCEPTUAL

1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS

A promoção da saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1986, citado por Laverack, 2004), é entendida como um “processo que visa capacitar as pessoas para assumirem maior controlo e responsabilidade sobre a sua saúde” (p. 12), estando intrinsecamente ligada ao conceito de empoderamento, tanto a nível individual como coletivo.

A nível internacional, várias declarações têm vindo a afirmar a importância da promoção da saúde, contribuindo para a definição e legitimação de novas abordagens na prática em saúde. Destaca-se, neste âmbito, a Declaração de Alma-Ata (1978), na qual a OMS sublinha a importância da participação ativa das populações, individual e coletivamente, no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde, reconhecendo o empoderamento como uma componente essencial dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Os CSP constituem o primeiro ponto de contacto das pessoas com o sistema de saúde, assumindo um papel central na articulação entre os sistemas social e de saúde, o indivíduo no seu contexto familiar e profissional e a comunidade local. Estes cuidados orientam-se por princípios de acessibilidade, equidade e cobertura universal, visando a promoção da saúde e a redução das desigualdades em saúde.

A promoção da saúde é, assim, um dos pilares fundamentais dos CSP, embora, por vezes, seja desvalorizada na prática. Conforme refere Laverack (2004), a promoção da saúde integra a educação para a saúde, devendo ser entendida como um conceito abrangente que engloba um conjunto diversificado e continuado de atividades educativas e interventivas promotoras de saúde. A experiência dos profissionais nos CSP demonstra que a obtenção de resultados positivos na promoção da saúde comunitária depende do trabalho conjunto com a comunidade, através da mobilização de parceiros locais e do desenvolvimento de intervenções planeadas e contextualizadas.

O aumento das necessidades de cuidados de saúde e bem-estar da população, associado ao envelhecimento populacional, à elevada carga da doença e às crescentes expectativas dos cidadãos, impõe ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) o desafio de reforçar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados. Neste sentido, torna-se essencial a adoção de modelos organizacionais que promovam a gestão integrada entre

os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, assegurando uma abordagem centrada nas pessoas e na comunidade. A articulação entre estes níveis de cuidados tem sido uma preocupação constante do SNS, face às mais-valias que proporciona para a qualidade e efetividade da prestação de cuidados de saúde às populações (Decreto-Lei n.º 102/2023).

Em consonância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, assente nas suas dimensões económica, social e ambiental, a promoção da “Saúde de Proximidade”, através de dispositivos locais, constitui um dos objetivos do Programa do XXIII Governo Constitucional. Esta orientação contribui para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em particular do ODS 3 – Saúde de Qualidade (Decreto-Lei n.º 102/2023).

No subcapítulo seguinte será abordada a temática dos cuidados de saúde primários no contexto de uma Unidade Local de Saúde.

1.1 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO CONTEXTO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

Aquando da Conferência Internacional sobre os cuidados de saúde primários (CSP) em 1978, foi elaborada a Declaração de Alma-Ata onde se relevam estes cuidados como fundamentais visando intervir nos problemas de saúde da comunidade. Proporcionando serviços de proteção, de cura e de reabilitação, em conformidade com as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade, promotores de ganhos em saúde. Na mesma declaração os CSP são definidos como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias pratica, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade...” (World Health Organization, 1978, p.1). Refere ainda que os CSP constituem o foco central e principal para o desenvolvimento social e económico da comunidade, representando o primeiro nível de contato do individuo, família e comunidade com o serviço de saúde (World Health Organization, 1978).

Segundo a OMS a definição dos CSP assenta em três pressupostos:

- Satisfação das necessidades de saúde das pessoas, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos durante toda a vida, atribuindo prioridade estratégica aos cuidados de saúde destinados às pessoas e famílias através da saúde familiar e às populações através da saúde comunitária/publica;

- Abordagem dos determinantes da saúde (sociais, económicos e ambientais, bem como as características e comportamentos das pessoas) através de políticas e ações publicas;

- Capacitação das pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, (World Health Organization, 2019).

O Plano de Emergência da Saúde refere como mensagem chave “Mais e Melhor para Todos” (Ministério da Saúde, 2024), aqui pode-se ler que os CSP desempenham um papel crucial em Portugal, atuando como a porta de entrada no sistema de saúde e proporcionando cuidados abrangentes e acessíveis à população.

A área dos CSP experimentou uma profunda reforma nos últimos anos, com o Decreto-Lei nº 103/2023, o regime dedicação plena proposto aos profissionais corresponde a um modelo de organização dos cuidados de saúde, tendo por base o trabalho desenvolvido por equipas multidisciplinares que integram as unidades de saúde familiar (USF), sendo estas a face mais visível desta reforma, na área dos CSP e os centros de responsabilidade integrados (CRI), na área hospitalar, associando-se ao cumprimento de objetivos previamente contratualizados um sistema retributivo (Decreto-Lei n.º 103/2023).

Ao integrar os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), os hospitais e centros hospitalares já existentes no modelo das ULS, com o intuito de uma resposta qualificada do SNS, aspirando a simplificação dos processos, fomentando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, focada na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados, aumentando a autonomia a nível da gestão, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, no sentido de maximizar o acesso e a eficiência do SNS. Foram criadas ULS que contemplam a área de influência de determinado hospital, associando este aos centros de saúde do extinto ACES da zona, constituídos por diferentes unidades com UCSP, USF e UCC todos com o mesmo intuito a prestação de cuidados na comunidade com eficiência e de excelente qualidade.

A implantação desta ULS abarca a população de cinco concelhos algo dispares entre si, se por um lado abrange uma componente mais urbana fazendo ainda parte da área metropolitana de Lisboa, com uma rede de transportes públicos ao serviço da comunidade por outro existe ainda uma forte componente rural com uma população

envelhecida e isolada com dificuldades de deslocação aos cuidados de saúde, sendo os cuidados de saúde primários através das suas unidades de saúde o seu recurso de primazia no que se refere aos cuidados de saúde, desempenhando aqui os profissionais de saúde um papel preponderante na manutenção da saúde destas populações.

Prestando esta ULS cuidados de saúde a nível dos CSP a 236.981 utentes, nas diversas unidades de saúde, nomeadamente UCC, UCSP e USF nos diferentes concelhos, sendo o Índice de dependência total de 54,71% e o índice de dependência em idosos de 32,95% da população que a constitui (BI-CSP, 2024).

No próximo subcapítulo será abordada a realidade das Unidades de Saúde Familiar.

1.2 – A REALIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

A reforma dos CSP iniciada em 2005 com a estratégia de reconfigurar os centros de saúde e implementar as USF, veio demonstrar os enormes benefícios para a população, contemplados no trabalho em equipas multidisciplinares, que se construíram de forma voluntária, sendo-lhes reconhecida uma gestão mais autónoma e padrões de qualidade superior. Contribuindo para o alargamento da capacidade e qualidade dos cuidados de saúde a nível nacional (Ministério da saúde, 2024).

As USF foram organizadas partindo do princípio da autonomia técnica e funcional, para assegurar respostas as necessidades em saúde de um conjunto de pessoas pelas quais solidariamente assumem responsabilidade, facultando cuidados de saúde a nível médico e de enfermagem personalizados, de salientar que o modelo das USF permite o alargamento da cobertura populacional com equipa de saúde familiar. Sendo os utentes inscritos em equipas de família (constituídas por médico, enfermeiro e assistente técnico), privilegiando-se a estrutura familiar. Dando assim destaque à relevância da família nos cuidados de saúde e evidenciando o papel do enfermeiro de família

Em consonância o Decreto-Lei nº 118/2014, refere que o enfermeiro devido à sua proximidade, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo de famílias, em todos os processos da vida, nos vários contextos da comunidade, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visita domiciliária (Decreto-Lei nº118/2014, 2014).

Atendendo a que as USF são equipas multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, responsáveis pelo acompanhamento de utentes ao longo do ciclo de vida, incluindo saúde infantil, saúde materna e vigilância de doenças crónicas como a diabetes e hipertensão (Decreto-Lei-n.º 73/2017). Desempenhando as USF um papel central na prevenção e promoção da saúde, assegurando cuidados de proximidade e continuidade, nomeadamente na vigilância de doenças crónicas como diabetes e hipertensão (Decreto-Lei n.º 73/2017). Acrescenta-se ainda a missão de prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

Neste contexto as USF representam um modelo organizacional associado a maior satisfação tanto dos profissionais como dos utentes, encontrando-se em linha com a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, assente na sua tripla dimensão – economia, social e ambiental, contribuindo para a concretização dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), em particular do ODS 3 (saúde e qualidade).

Nestas unidades de saúde, assumem-se como focos essenciais a promoção da melhor tomada de decisão do utente, permitindo escolhas mais conscientes e informadas, contribuindo para a prevenção e gestão da doença, facilitando a adoção de estilos de vida saudáveis e uma gestão mais eficaz das condições crónicas.

Neste contexto emerge a literacia em saúde enquanto pilar fundamental para a promoção de cuidados mais eficazes, equitativos e centrados no utente, conceito que será desenvolvido com maior detalhe no capítulo seguinte.

2 – LITERACIA EM SAÚDE

A literacia em saúde é um determinante da saúde, que por sua vez é influenciado por um conjunto de fatores que se relacionam com características individuais com idade, sexo, situação socioeconómica, nível de escolaridade, situação profissional. Para além destes fatores também os externos às próprias pessoas interferem como os fatores sociais, culturais e o sistema de saúde em que se encontra inserido. Também a comunicação de forma positiva e a utilização de imagens adaptadas as características do público-alvo contribuem para a promoção da literacia em saúde (Arriaga et al., 2023).

Na perspetiva de Sørensen et al. (2012) a literacia em saúde constitui um constructo complexo e multidimensional, intrinsecamente associado à literacia geral, integrando um conjunto de conhecimentos, motivações e competências cognitivas e sociais que capacitam os indivíduos para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação relacionada com a saúde. estas competências permitem a formulação de juízos e a tomada de decisões informadas no quotidiano, nos domínios da saúde, da prevenção da doença, e da promoção da saúde, com vista à manutenção ou melhoria da qualidade de vida ao longo do ciclo vital.

Salienta-se igualmente o modelo de Sørensen et al. (2012) pela sua evidencia da relação entre a literacia em saúde e os resultados em saúde, reconhecendo que níveis adequados de literacia estão associados a uma maior autonomia, a uma utilização mais eficiente dos serviços de saúde, a melhores comportamentos de autocuidado e a uma maior equidade em saúde. Deste modo, a literacia em saúde é conceptualizada não apenas como uma responsabilidade individual, mas como um resultado emergente da interação entre os indivíduos e os sistemas sociais de saúde, assumido relevância estratégica no desenho de políticas públicas e intervenções em saúde.

A literacia em saúde para Nutbeam (2000), refere-se ao resultado das aptidões individuais, cognitivas e sociais que capacitam os indivíduos no acesso, na compreensão e na utilização de informação que promova e mantenha a saúde ótima. Considerando o autor o aumento do conhecimento, a compreensão dos determinantes na saúde e a mudança de comportamentos, resultados relacionados com as atividades de educação para a saúde.

Identificando Nutbeam (2000), na literacia em saúde três níveis: i) literacia básica/funcional, onde os conhecimentos básicos de leitura e escrita permitem lidar eficazmente com as situações de dia a dia; ii) literacia comunicativa/interativa, com

aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas, que em conjunto com aptidões sociais, funcionam como uma ferramenta essencial para participar em atividades do dia a dia, extrair informação e aplicá-la mesmo quando as circunstâncias se alteram; iii) literacia crítica a que envolve capacidades individuais mais avançadas, permitindo a análise crítica da informação e a sua utilização para exercer controlo sobre os eventos da vida.

No próximo subcapítulo será definido o conceito de literacia em saúde que integrou esta investigação.

2.1 – CONCEITO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ao definir literacia em saúde refere-se ao “conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e a manter uma boa saúde” (World Health Organization, 2021).

Existem três fatores identificados como relacionados com um baixo nível de literacia em saúde que conduzem a uma diminuição da qualidade de vida das pessoas, nomeadamente: o aumento do número de internamentos, a maior procura e utilização dos serviços de urgência e menor preocupação e ação para a prevenção da doença e promoção da saúde (Almeida, 2019).

De acordo com a última avaliação dos níveis de literacia em saúde em Portugal no relatório do plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 a maioria dos participantes (65%) demonstra um nível suficiente de literacia em saúde, 5% um nível excelente, em contrapartida, apenas 7,5% dos participantes são classificados no nível inadequado e 22% no nível problemático de literacia em saúde. No entanto, os resultados também revelam que os inquiridos exibem maior facilidade em compreender a informação sobre a promoção em saúde, em contraste com as outras dimensões da literacia em saúde, como os cuidados de saúde sendo de 14,4% o nível inadequado e de 21,5% o nível problemático, e a prevenção da doença de 21,3% o nível inadequado e de 18,4% o nível problemático. A salientar que a compreensão da informação é a competência com maior nível de literacia em saúde com 72,2% de nível suficiente.

De acordo com a reflexão anteriormente apresentada e com a perceção dos diversos problemas que são diariamente identificados, quer a nível individual quer coletivo, amplamente divulgados pelos meios de comunicação social, constata-se a

existência de fragilidades na utilização e gestão dos recursos do Serviço Nacional de Saúde.

Tendo consciência da importância da comunicação na transmissão da informação e na eficaz aplicação desta, nomeadamente em saúde por forma a melhorar o nível de literacia de uma comunidade. Torna-se adequada a reflexão sobre a literacia em saúde desta comunidade composta pelas USF de uma ULS e formas de intervenção de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos seus profissionais.

No subcapítulo seguinte apresenta-se o modelo concetual de literacia em saúde de Sørensen que se adotou no presente estudo.

2.2 – MODELO INTEGRADO DE LITERACIA EM SAÚDE

O modelo conceptual de literacia em saúde proposto por Sørensen et al. (2012) assenta numa abordagem integradora, estruturada a partir da interseção entre quatro processos fundamentais de tratamento da informação: acesso, compreensão, avaliação e aplicação. De uma forma abrangente estes quatro modos de processar a informação referem-se ao acesso como a capacidade de encontrar e obter informações em saúde, compreender as informações em saúde a que tem acesso, avaliar essas mesmas informações, e aplicá-las e/ou usá-las por forma a tomar uma decisão adequada para melhorar a saúde. Os três domínios de atuação em saúde: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. desta matriz conceptual permite compreender a literacia em saúde como um fenómeno transversal aos diferentes contextos de interação dos indivíduos com os sistemas de saúde e com os determinantes sociais da saúde (Sørensen et al., 2012).

Entendendo-se pelo conjunto de determinantes antecedentes, como sendo de natureza individual, social e sistémica, incluindo fatores sociodemográficos e comunicacionais dos serviços de saúde. Estes determinantes influenciam, de forma direta ou indireta, o desenvolvimento das competências de literacia em saúde e a capacidade dos indivíduos para exercer um papel ativo na gestão da sua saúde (Sørensen et al., 2012).

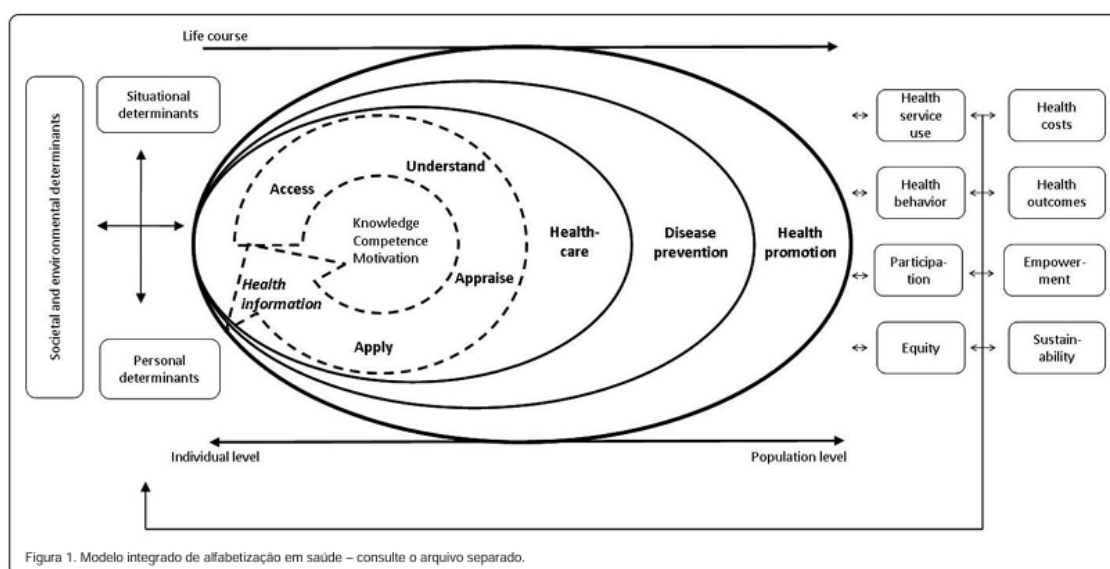
O modelo integrado de literacia em saúde de Sørensen combina as qualidades de um modelo concetual que descreve as principais dimensões da literacia em saúde e que identifica os fatores proximais e distais que podem influenciar a literacia em saúde dos profissionais de saúde, assim como as potenciais consequências da literacia em saúde no que se refere aos comportamentos relacionados com a saúde, resultados de

saúde e utilização de serviços de saúde (Sørensen et al., 2013). Na área da saúde quando não compreendemos a informação, quando não conseguimos aceder, ou quando não sabemos usar essa informação, é como se estivéssemos de “costas voltadas” para as questões complexas da vida (Vaz de Almeida, 2019). Ainda acrescenta a autora que toda a envolvimento e ambiente estão presentes, mas por diversas razões não se consegue aceder, compreender e usar essa informação, apesar de ela estar lá.

A descrição do modelo teórico-conceitual de Sørensen apresenta-se na Figura 1.

Figura 1

Modelo integrado de alfabetização em saúde



Fonte: Retirado de Sørensen et al. (2012, p.9).

No presente estudo, o núcleo do modelo foi concebido como uma matriz das doze células (subdimensões), posicionando os quatro níveis de processamento da informação e conhecimento em saúde pelos profissionais de saúde dentro dos três domínios.

No domínio dos cuidados de saúde, onde a literacia em saúde se refere à capacidade dos PS, em aceder à informação sobre questões médicas ou clínicas, de compreender a informação clínica, de interpretar e avaliar a informação clínica, de tomar decisões informadas sobre questões clínicas e de cumprir conselhos, sobre a sua saúde e das pessoas a quem prestam cuidados.

Quanto ao domínio da prevenção da doença, a literacia em saúde refere-se à capacidade dos PS em aceder à informação sobre fatores de risco para a sua saúde e

das pessoas a que presta cuidados, de compreender informação sobre fatores de risco e atribuir-lhe significado, de interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco e de tomar decisões informadas para se protegerem a si e as pessoas a que prestam cuidados contra os fatores de risco para a saúde.

No domínio da promoção da saúde, em que a literacia em saúde se refere à capacidade dos PS em atualizar-se regularmente sobre os determinantes da saúde no ambiente social e físico, atribuir significado, de interpretar e avaliar informações sobre os determinantes da saúde no ambiente social e físico, a capacidade de tomar decisões informadas sobre os determinantes da saúde no ambiente social e físico e também de se envolver em ações conjuntas (Sørensen et al., 2013).

O núcleo do modelo apresenta as competências relacionadas com o processo de acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informação relacionadas com a saúde por parte dos profissionais de saúde. Em consonância com a definição do modelo conceptual apresentada, este processo requer quatro tipos de competências dos PS:

- Acesso – refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informações sobre saúde pelos PS;
- Compreender – refere-se à capacidade dos PS em entender, compreender as informações sobre saúde às quais tem acesso;
- Avaliar – refere-se à capacidade de interpretar, filtrar, julgar e avaliar as informações sobre saúde a que os PS acedem;
- Aplicar – refere-se à capacidade de comunicar e usar as informações para tomar uma decisão para manter e melhorar a saúde, tanto dos PS como das pessoas a quem prestam cuidados.

A combinação destas dimensões referentes ao processamento de informação em saúde com os domínios produz uma matriz com doze (12) subdimensões, conforme ilustrado na Figura seguinte.

Figura 2

Matriz dos sub-índices de literacia em saúde baseadas no modelo concetual do HLS-EU, utilizadas na construção do questionário

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

Fonte: Retirado de Pedro et al. (2016, p.7).

No subcapítulo seguinte, abordar-se-á a literacia em saúde dos profissionais de saúde.

2.3 – LITERACIA EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Apesar dos esforços contínuos para melhorar os níveis de literacia em saúde, 61% da população europeia ainda apresenta um nível inadequado ou problemático de literacia; neste contexto, a capacitação dos profissionais de saúde é considerada essencial para alcançar resultados mais eficazes e positivos na promoção da saúde (Almeida, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a importância da formação contínua em literacia em saúde para os profissionais, garantindo que consigam interpretar, aplicar e comunicar informações de forma eficaz (WHO, 2013).

Neste enquadramento, avaliar a literacia em saúde nos profissionais de saúde é uma prática relevante e fundamentada na literatura científica. Embora a literacia em saúde seja geralmente estudada no contexto do cidadão/utilizador dos serviços de saúde, há um crescente reconhecimento da sua importância para os profissionais de saúde. De acordo com Nutbeam (2008), a literacia em saúde nos profissionais de saúde influencia diretamente a qualidade da comunicação com o cidadão, a tomada de decisão clínica e a adesão a orientações baseadas em evidências. Na mesma linha, profissionais com maior literacia em saúde comunicam melhor com a pessoa, facilitando a compreensão das orientações dadas e promovem melhores resultados em saúde (Rowlands et al., 2019).

A literatura também destaca que níveis reduzidos de literacia entre profissionais de saúde podem comprometer a segurança do doente e a eficácia dos tratamentos (Berkman et al., 2011). Contudo, reconhecem-se enquanto agentes facilitadores da promoção da literacia em saúde, que desempenham um papel decisivo na capacitação dos utentes, devendo conhecer e implementar boas práticas na promoção da literacia em saúde ao longo do ciclo de vida.

Nesse contexto, a literacia em saúde dos profissionais das USF em estudo tornou-se um fator essencial para o sucesso dessas unidades, pois influencia diretamente a comunicação entre profissionais e utentes, a qualidade das decisões clínicas e a eficácia das intervenções de saúde comunitária e de saúde pública. A capacitação dos profissionais de saúde é essencial para garantir a adoção de boas práticas na promoção da literacia em saúde, reduzindo desigualdades no acesso à informação e melhorando os resultados clínicos e sociais.

De acordo com o manual de boas práticas de literacia em saúde – capacitação dos profissionais de saúde (Almeida et al., 2019), a capacitação destes profissionais no desenvolvimento de estratégias de interação e comunicação com as pessoas, para melhorarem os seus níveis de Literacia em Saúde e tenham maior autonomia e reflexão crítica nas suas escolhas é um objetivo a atingir. Os CSP são um contexto privilegiado na prestação de cuidados de saúde de proximidade, de promoção da saúde e prevenção da doença, estes constituídos por unidades de saúde próximas da população na prestação de cuidados de saúde ao longo do ciclo de vida da pessoa e da sua família. Requerendo a qualificação dos profissionais, pela formação, e dos espaços, de modo a facilitar a transmissão e a comunicação de informação e a promoção da Literacia em Saúde (Almeida et al., 2019).

Reconhecendo-se a importância do Manual de Boas Práticas em Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde como reforço de estratégias que melhorem a interação entre profissionais e utentes, promovendo maior autonomia e reflexão crítica na tomada de decisões sobre a saúde.

A caracterização do conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das USF de uma ULS, torna-se premente para a melhoria dos cuidados de saúde prestados na comunidade.

Seguidamente será abordada a promoção da literacia em saúde para a enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

3 - PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O desenvolvimento da Enfermagem tem-se verificado em diversos níveis, particularmente na compreensão de responsabilidade ética e deontológica dos seus profissionais. O Código Deontológico do Enfermeiro refere que os “padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos” (OE, 2015, p.14). Salientando que não basta a qualidade científica ou técnica, exigindo-se qualidade humana e humanizadora uma vez que somos “gente que cuida de gente” citando Wanda Horta (OE, 2015, p14).

O código deontológico do enfermeiro no artigo 80º refere-se ao enfermeiro como “responsável para com a comunidade na promoção de saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido” (OE, 2015, p.54). Refere o mesmo documento que o enfermeiro deve ainda participar na orientação da comunidade, na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, bem como colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Considerando que a evidência científica é a base de sustentação da prática clínica do enfermeiro especialista, em conformidade com o Regulamento nº 348/2015, que regulamenta os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública, referindo ser necessário na sua formação profissional de base, especializada e continua, o privilegio do domínio da qualidade, a incorporação na sua prática os resultados de estudos e investigações no sentido do desenvolvimento de competências, o aperfeiçoamento das práticas clínicas, uma intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O conhecimento válido, atual e pertinente serve de base à tomada de decisão e às intervenções, a evidência científica é a base de sustentação da prática clínica do enfermeiro especialista. Neste sentido o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (EESCSP), deve otimizar a operacionalização dos diferentes programas de saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária, fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No entanto Smith (2021) salienta que apesar da crescente consciencialização da importância de fornecer informação sobre a saúde ao longo de todo o continuum dos cuidados de enfermagem é surpreendente descobrir que a atenção dada ao conceito de literacia em saúde na literatura em enfermagem tem sido reduzida. O autor reforça que o Enfermeiro Especialista e Enfermagem Comunitária pode e deve ser um elemento essencial na dinamização dos recursos existentes, facilitador das aquisições necessárias para a promoção da autonomia da comunidade e do seu bem-estar (Smith, 2021).

Também o Regulamento nº 428/2018 explicita as competências de EESCSP de entre as quais se destaca o contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, promovendo a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletiva, através da integração nos processos de mobilização e participação comunitária de conhecimentos de diferentes áreas como a comunicação e a educação. Procedendo à gestão da informação em saúde nos grupos e comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Considerando a importância da literacia em saúde tanto a nível individual com a nível da comunidade e o conjunto de competências específicas definidas para o EESCSP, incidiu a preocupação em conhecer a realidade das USF, integrando o conhecimento sobre os determinantes em saúde, em particular o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde enquanto parte integrante e ativa desta comunidade.

Seguidamente apresenta-se a Parte III que integra o percurso metodológico do estudo.

PARTE II
PERCURSO METODOLÓGICO

4 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação em enfermagem revela-se de extrema importância, na medida em que são necessárias as melhores evidências científicas para a tomada de decisão essencialmente na identificação das necessidades das pessoas e a nível da prescrição de intervenções de enfermagem (Nené & Sequeira, 2022).

Este é um processo que se inicia com a “identificação de um problema, que se transforma numa questão de investigação ou pergunta de partida. Por forma a dar resposta a esta questão inicial, deve desenhar-se um plano de estudo, que seguirá o que se denomina por etapas do método científico” (Nené & Sequeira, 2022, p.15).

A literacia em saúde é um determinante da saúde, que por sua vez é influenciado por um conjunto de fatores que se relacionam com características individuais com idade, sexo, situação socioeconómica, nível de escolaridade, situação profissional. Para além destes fatores também os externos às próprias pessoas interferem como os fatores sociais, culturais e o sistema de saúde em que se encontra inserido. Também a comunicação de forma positiva e a utilização de imagens adaptadas as características do público-alvo contribuem para a promoção da literacia em saúde (Arriaga et al., 2023).

Em consonância a caracterização do conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das USF de uma ULS, torna-se de extrema importância atendendo a que são estes que prestam cuidados de saúde de proximidade à população ao longo do seu ciclo de vida.

Existem três fatores identificados como relacionados com um baixo nível de literacia em saúde que conduzem a uma diminuição da qualidade de vida das pessoas, nomeadamente: o aumento do número de internamentos, a maior procura e utilização dos serviços de urgência e menor preocupação e ação para a prevenção da doença e promoção da saúde (Almeida, 2019).

4.1 – TIPO DE ESTUDO

Os estudos podem ser classificados de diferentes formas de acordo com vários critérios, nomeadamente segundo o tipo de dados que se pretendem analisar, podem classificar-se em estudos primários, secundários ou terciários. Também podem ser classificados de acordo com a finalidade do estudo, podendo ser descritivos quando servem para explorar e descrever a saúde, as doenças e outros fenómenos permitindo gerar hipóteses, ou analíticos quando contrastam as hipóteses para determinação de uma causalidade ou de avaliar as intervenções realizadas no intuito de melhorar ou

prevenir a doença. Ainda podem ser qualificados quanto à direccionalidade, isto é, mediante a existência ou não de seguimento, podendo ser transversais quando recolhidos dados dos participantes num determinado momento sem seguimento, ou longitudinais quando recolhem dados dos participantes em diferentes períodos do tempo (Néné & Sequeira, 2022).

Nesta perspetiva, desenvolveu-se um estudo primário, com a recolha de dados recentes dos profissionais de saúde, transversal porque se recolheu os dados num determinado momento sem seguimento e exploratório descritivo adotando-se uma abordagem mista, combinando método quantitativo e qualitativo. Permitindo assim investigar os domínios da literacia em saúde percecionados pelos profissionais de saúde das USF e ainda as estratégias que estes desenvolvem nos domínios da literacia em saúde, aplicando um questionário aos diferentes profissionais, composto por três partes:

a) Parte I – caracterização sociodemográfica da população que aceitou participar no estudo;

b) Parte II - aplicação da escala de literacia em saúde validada para a população portuguesa (HLS-EU-PT-Q16) para medir os domínios da literacia em saúde percecionados pelos profissionais de saúde;

c) Parte III - conjunto de questões abertas sobre a temática, no intuito de perceber de que forma na prestação de cuidados os profissionais promovem a literacia em saúde.

A conjugação de diferentes técnicas de colheita de dados permitiu a reflexão com maior profundidade na identificação dos domínios percecionados pelos profissionais de saúde e na análise das estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde, facultando informações fundamentais para o desenvolvimento de estratégias e intervenções que visem melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O cronograma desenvolvido para a realização do estudo encontra-se no Apêndice B.

4.2 – OBJETIVO DO ESTUDO

Ao definir objetivo teve-se presente o que refere Nunes “o objetivo é, assim, o enunciado do resultado desejável do problema, alternando em princípio, a tendência da sua evolução” (2016, p.36).

Os objetivos devem possuir um conjunto de características de entre as quais: a pertinência, a precisão, a possibilidade de ser realizado e a mensurabilidade. Estes devem ser aceites por todos os intervenientes no processo e motivar a ação, sem esquecer a flexibilidade face à possibilidade de mudança inesperada de determinadas condições, levando à necessidade de alteração dos objetivos propostos (Nunes, 2016).

Ao enunciar os objetivos deve ser no infinitivo e os verbos utilizados para os descrever devem ser verbos que não indiquem ação. Na definição dos objetivos deve-se definir um ou dois aspetos gerais, acompanhados por breves aspetos específicos. Estes devem especificar de forma mais clara a questão de investigação, sendo enumerados cinco ou seis e organizados cronologicamente, do mais simples para o mais complexo, com o objetivo de serem respondidos ao longo do trabalho de investigação, (Néné & Sequeira, 2022).

Em consonância foram formulados os seguintes objetivos:

- Objetivo geral – Caracterizar o conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde das USF de uma unidade local de saúde através da aplicação da escala de literacia em Saúde ‘European health literacy survey’ validada para a população portuguesa (HLS-EU-PT).

Objetivos Específicos:

- Caracterizar sociodemograficamente os profissionais de saúde;
- Identificar os domínios da literacia em saúde auto percebidos pelos profissionais de saúde;
- Analisar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde.

4.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A seleção da questão de investigação é o primeiro passo no processo de investigação, sendo o que nos guia ao longo de todo o processo subsequente (Néné e Sequeira, 2022). Esta questão deve reunir um conjunto de características pertinentes para poder ser considerada uma boa questão de investigação, contemplando as seguintes características: factível, interessante, novidade, ética, relevante, sendo conhecidas pelo acrónimo FINER (Néné & Sequeira, 2022).

Neste enquadramento definiu-se a seguinte questão de investigação:

- Qual o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das USF da unidade local de saúde?

E como Subquestões:

- Que domínios da literacia em saúde são auto percebidos pelos profissionais de saúde das USF da ULS;
- Quais as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde das USF da ULS nos domínios da literacia em saúde.

4.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Em investigação existem três tipos de populações: a população-alvo, a população de origem e a população de estudo ou amostra. A população-alvo refere-se aquela em que é aplicável os resultados do nosso estudo, a população de origem representa uma parte da população-alvo da qual irão ser selecionados os participantes do estudo, a população de estudo ou amostra é constituída pelo conjunto de pessoas que finalmente participaram no estudo. A representatividade é garantida definindo critérios de inclusão e de exclusão na população-alvo e na população de origem, e utilizando técnicas ou métodos de amostragem (Néné & Sequeira, 2022).

Neste estudo com população-alvo é definida como os profissionais de saúde dos CSP da ULS, totalizando 475 profissionais. A área dos cuidados de saúde tem vindo a sofrer uma profunda transformação nos últimos anos, destacando-se a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), que permitem o alargamento da cobertura dos cuidados de saúde à população, tanto a nível individual como familiar, através de equipas multiprofissionais constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. Permitindo o desenvolvimento de consultas de acompanhamento a grupos vulneráveis, nomeadamente de saúde infantil, saúde materna e vigilância de doentes crónicos (Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial), fomentando a promoção da saúde tanto a nível pessoal como da comunidade. Concentrando-se o estudo nas sete USF que compõem a ULS perfazendo um total de 180 profissionais de saúde, compreendendo os médicos (inclusive os em formação pré-carreira medica), os enfermeiros e os assistentes técnicos, constituindo a população de origem, da qual emergiu a população de estudo ou amostra que são todos os que aceitaram participar deste estudo com a aplicação da escala validada para a população portuguesa o European Health Literacy

Surver (HLS-EU-PT-Q16) para caracterizar o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde (Anexo B)

Os recursos humanos da ULS a nível dos CSP integra diferentes profissionais de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1

Recursos humanos

| Pessoal | ULS | USF |
|-------------------------------------|-----|-----|
| Assistente operacional | 48 | - |
| Assistente técnico | 121 | 40 |
| Médico | 82 | 60 |
| Técnico superior | 6 | - |
| Técnico superior diag. e tratamento | 14 | - |
| Técnico superior de saúde | 6 | - |
| Enfermagem | 169 | 57 |
| Em formação pré-carreira médica | 29 | 23 |
| Total | 475 | 180 |

Fonte: Retirado de BI-CSP (Ministério da Saúde, 2024).

Recorreu-se a uma amostragem de natureza não probabilística, do tipo intencional, aplicada às Unidades de Saúde Familiar (USF) pertencentes a uma Unidade Local de Saúde (ULS). A opção por este método fundamentou-se na acessibilidade da investigadora às referidas unidades, bem como a consequente viabilidade de acesso à população-alvo. Após a seleção da ULS e na posse do instrumento de colheita de dados - HLS-EU-PT, na versão reduzida – cujo a utilização foi previamente autorizada pela autora (Anexo A), procedeu-se à planificação sistemática do processo de recolha de dados e à sua subsequente implementação.

4.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A investigação em saúde assume uma relevância ética particular, especialmente quando envolve seres humanos, exigindo uma ponderação acrescida entre os objetivos do estudo e a sua viabilidade ética (Nené & Sequeira, 2022). Neste contexto, o assumir os princípios éticos esteve sempre presente de forma transversal ao longo de todo o estudo. Sendo endereçado um pedido de autorização ao diretor da ULS (Apêndice C) acompanhado de compromisso de honra dos investigadores (Apêndice D) e projeto de investigação (Apêndice E), sendo estes encaminhados para a comissão de ética que

após análise emitiram parecer positivo (Anexo C) para a realização do estudo. Deu-se assim início à recolha de dados conforme o programado, tendo como critérios de inclusão: profissionais de saúde que exercessem funções em USF da ULS e aceitassem participar no estudo, e como critérios de exclusão: não cumprir com os critérios de inclusão.

Foram respeitadas no estudo as regras de conduta expressas nos princípios da declaração de Helsínquia, atualização de Fortaleza em outubro 2013 (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013), da OMS e da Comunidade Europeia, considerando-se ainda o cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

No cumprimento das considerações éticas, a participação das pessoas no estudo foi obrigatoriamente voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro, garantindo que não existiam danos nem prejuízo os de saúde dos participantes. Assegurando que ao decidir participar, poderia sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

Este estudo garantiu o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes. Solicitou-se igualmente a autorização da divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo-se o anonimato.

O ficheiro ficará apenas no computador do investigador principal. As informações serão utilizadas somente no contexto do estudo e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a confidencialidade e a privacidade dos dados pessoais. A conservação de dados ocorrerá apenas durante o desenvolvimento do projeto de janeiro a dezembro de 2025. No final do projeto, a investigadora principal, eliminará os ficheiros informáticos e documentos acessórios nos termos da alínea a) do nº 1 do artigo 17 do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

O acesso aos participantes foi mediado pelo coordenador de cada unidade de saúde familiar, Apêndice F, ficando na sua posse todas as instruções acerca do estudo. Para facilitar o acesso aos participantes foi enviado um e-mail com Google *Forms*, para coordenador de cada USF, que por sua vez o encaminhou para todos os profissionais de saúde, minimizando o acesso aos e-mails profissionais, por forma a assegurar a confidencialidade e comodidade destes, estimando-se que o tempo de resposta tenha sido 15 minutos.

Os dados foram analisados com recurso à estatística descritiva e as questões abertas analisadas segundo a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2022), os achados foram armazenados no computador do investigador principal, ao qual só a equipa de investigação teve acesso.

4.6 – RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário, que de acordo com Nené e Sequeira (2022) constitui uma ferramenta estruturada para obtenção de informação dos participantes no estudo, em que a principal finalidade consiste em reduzir ao máximo os erros de medida das variáveis mais importantes do estudo facilitando a sua posterior análise. A construção destes instrumentos não é um processo simples, pelo que idealmente se deve procurar utilizar questionários já validados (Nené & Sequeira, 2022). Assim neste estudo optou-se pela aplicação de um questionário composto (Apêndice G) por três partes, caracterização sociodemográfica, aplicação da escala (ULS-EU-PT-Q16) e questões abertas sobre os domínios da literacia em saúde, com recurso ao Google *Forms* por forma a agilizar a participação de todos os profissionais de saúde.

A conjugação destes dois tipos de questões teve como objetivo aprofundar o tema em estudo, estando em consonância com o defendido por Mcleod (2024), que refere que a utilização de métodos mistos é particularmente útil quando a questão de investigação exige uma abordagem multifacetada, permitindo explorar simultaneamente tendências nos dados e as nuances das experiências individuais. Perante o exposto optou-se por numa primeira fase realizar um conjunto de questões abertas sobre a literacia em saúde onde os inquiridos poderiam responder de acordo como seu sentir e a sua prática diária na prestação de cuidados de saúde na comunidade. Conforme refere Nené e Sequeira (2022) as questões abertas possibilitam a recolha de informação mais complexa, permitindo posteriormente uma análise com maior profundidade.

No intuito de analisar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde, o tratamento da informação recolhida foi efetuado segundo a análise de conteúdo na perspetiva de Bardin (2022), considerando esta análise “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos

às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2022, p.44)

Num segundo momento procedeu-se à aplicação do instrumento HLS-EU-PT-Q16, com o objetivo de identificar os domínios da literacia em saúde auto percecionados pelos profissionais de saúde, a partir das respostas ao questionário (Apêndice H). Assim para responder à primeira subquestão, os domínios da literacia em saúde auto percecionados pelos profissionais de saúde, foram medidos através da aplicação do instrumento HLS-EU-PT-Q16 (Anexo B). A escala varia em numeração binária, zero para “muito difícil” e “difícil” e um para “fácil” e “muito fácil”, sendo que no questionário todas as perguntas têm as referidas quatro opções de seleção para caracterizar o grau na qual a pessoa expressa a sua dificuldade na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. A soma dos valores atribuídos a cada um dos profissionais corresponde ao seu nível de alfabetização, considerando-se ≥ 13 um nível de alfabetização em saúde “adequado”, um valor entre 9 e 12 é considerado um nível “problemático” e qualquer valor ≤ 8 caracteriza indivíduos com nível “inadequado”. Apesar, não se aplicar neste caso por serem as 16 de resposta obrigatória, para avaliar corretamente a alfabetização em saúde utilizando esta escala os inquiridos devem ter respondido pelo menos 14 das 16 perguntas (Pedro et al., 2023).

Segundo Sørensen et al. (2015) e Pedro et al. (2023), cada grupo de questões origina um índice que é calculado através de uma métrica unificada de zero a cinquenta pontos, “inadequada” (0-25), “problemática” (>25–33), “suficiente” (>33–42), e excelente (>42–50), no intuito de garantir o cálculo correto dos índices e assegurar a comparação entre eles os quatro índices calculados estão uniformizados numa escala métrica variável entre o zero e o cinquenta. No sentido de identificar grupos vulneráveis, os níveis inadequado e problemático foram combinados num nível denominado “literacia em saúde limitada”. No entanto divide-se, ainda, em quatro níveis de processamento da informação: acesso, compreensão, avaliação e utilização, resultando a sua combinação numa matriz de análise da literacia em saúde com 12 subdimensões (Sørensen et al., 2015).

4.7 – ANÁLISE DOS DADOS

Na sequência da metodologia definida, onde se procurou caracterizar o conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde das USF de uma ULS,

apresentando-se de acordo com as questões de investigação, uma abordagem quantitativa e posteriormente a abordagem qualitativa dos dados recolhidos.

A abordagem quantitativa dos dados foi realizada através da aplicação da escala HLS-EU-PT 16, sendo os dados extraídos do Google *Forms* introduzidos no *Microsoft Excel (Microsoft 365, versão 2512)*, permitindo o tratamento dos dados.

Posteriormente foi realizada uma análise descritiva incluindo tabelas e gráficos onde constam os valores de frequência absolutas (N) e frequências relativas (%). Nas variáveis quantitativas são utilizadas as medidas de tendência central (Média), e medidas de dispersão (Valor Mínimo, Valor Máximo).

Tal como refere a OMS a literacia em saúde é um instrumento de promoção de saúde composto por um conjunto de competências cognitivas, sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a promover e a manter uma boa saúde. Aliados a estas quatro competências a motivação, o conhecimento, e os contextos facilitadores, são fundamentais na formação de juízos e tomada de decisões conscientes e informadas sobre saúde (Arriaga et al., 2023).

A investigação qualitativa apresenta várias características: permite estudar uma crença em múltiplas realidades e em profundidade, a partir dos próprios dados fornecidos pelos participantes e dos significados atribuídos ao fenómeno; a fonte dos dados é o ambiente natural (Vilelas, 2022).

A abordagem qualitativa dos dados realizou-se através da aplicação de cinco questões abertas, procurando identificar os domínios da literacia em saúde auto percebidos pelos profissionais de saúde e as estratégias desenvolvidas por estes nos domínios da literacia em saúde. Aquando da estruturação do questionário optou-se pela colocação primeiro das questões abertas e seguidamente a aplicação da escala, no intuito de não influenciar as respostas dos inquiridos obtendo não só respostas mais fiáveis, mas também respostas mais genuínas.

Dada a quantidade e diversidade de dados reunidos, emaranhados e densos, tornando-se necessário cruzar dados, seguindo um pensamento combinatório procedeu-se à técnica de análise de conteúdo na perspetiva de Bardin (2022) que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com a finalidade de obter indicadores (quantitativos ou qualitativos) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de receção dessas

mensagens, tratando-se de um método que articula rigor metodológico e interpretação, possibilitando a compreensão tanto dos significados manifestos quanto dos latentes presentes nos discursos, textos ou outros materiais comunicacionais, por meio de etapas organizadas que incluem a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2022). Da análise constituiu-se um sistema de categorias, que teve subjacente as regras da exaustividade, da representatividade, homogeneidade e pertinência.

No capítulo seguinte descreve-se com maior profundidade a apresentação e análise dos dados obtidos no estudo.

PARTE III
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS – ABORDAGEM QUANTITATIVA

Neste capítulo apresenta-se a abordagem quantitativa e análise dos dados referentes à Parte I do questionário, quanto à caracterização sociodemográfica da população em estudo, os participantes no estudo foram maioritariamente do sexo feminino (77.5%), correspondendo a 22.5% os elementos do sexo masculino. Todas as faixas etárias encontram-se representadas pelos participantes, pertencendo quase metade dos mesmos à faixa 41-50 (47.5%), sucedem-lhe a faixa 51-60 e 31-40 ambas com 20%, em minoria estão as 20-30 (10%) e 61-70 (2.5%). As habilitações literárias mais frequentes de entre os participantes foi o mestrado (40%), seguidamente a licenciatura (25%), a pós-graduação com uma percentagem de 17.5%, o 12.º ano representando 12.5%, e por fim ambos com uma percentagem de 2.5%, correspondendo a 1 participante as categorias de doutoramento e que se encontra a frequentar a licenciatura atualmente. A categoria profissional mais presente foram os enfermeiros, com uma maioria de 45%, os médicos estiveram presentes em 40% e os assistentes técnicos em 15%. Nem todas as categorias de habilitações escolares tiveram presentes categorias profissionais, na medida em que o 12.º ano apenas possuem participantes que sejam assistentes técnicos, sendo que um (1) participante que é assistente técnicos frequenta uma licenciatura. Partilhando médicos e enfermeiros as categorias de licenciatura, pós-graduação e mestrado, contudo apenas médicos possuem doutoramento. Todos estes dados são corroborados pela Tabela 2, abaixo.

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica dos participantes

| Variável | N | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 31 | 77.5 |
| Masculino | 9 | 22.5 |
| Idade (anos) | | |
| 20-30 | 4 | 10 |
| 31-40 | 8 | 20 |
| 41-50 | 19 | 47.5 |
| 51-60 | 8 | 20 |
| 61-70 | 1 | 2.5 |
| Habilitações profissionais | | |
| 12º ano | 5 | 12.5 |
| Bacharelato | 0 | 0 |
| Licenciatura | 10 | 25 |
| Pós-graduação | 7 | 17.5 |

| | | |
|--------------------------------------|----|-----|
| Mestrado | 16 | 40 |
| Doutoramento | 1 | 2.5 |
| A frequentar licenciatura atualmente | 1 | 2.5 |
| Categoria profissional | | |
| Assistente Técnico(a) | 6 | 15 |
| Enfermeiro(a) | 18 | 45 |
| Médico(a) | 16 | 40 |

Na continuidade apresenta-se a Parte II da abordagem quantitativa e da análise dos dados, referentes à aplicação da escala (HLS-EU-PT-Q16), a análise das respostas dadas para cada item foi classificado segundo a escala: “Muito difícil” e “Difícil” como 0, “Fácil” e “Muito fácil” em 1, permitindo a atribuição de um nível de literacia em saúde (superior a 13 inclusive como adequado, entre 9 e 12 em problemático e inferior ou igual a 8 como inadequado) (Pedro et al., 2023).

Procedeu-se à avaliação da consistência interna da escala HLS-EU-Q16 na população-alvo do estudo, recorrendo ao coeficiente alfa de Cronbach e ao coeficiente ómega de McDonald, quer para o total da escala, quer para cada uma das suas dimensões. Estes coeficientes permitiram avaliar a fiabilidade interna dos itens que compõem a escala e respetivas dimensões.

Relativamente ao total da escala, os resultados evidenciaram uma consistência interna elevada, com um alfa de Cronbach de 0,873 e um ómega de McDonald de 0,866, indicando uma boa homogeneidade entre os 16 itens que compõem o instrumento.

No que concerne aos fatores, o Fator 1, Cuidados de Saúde, apresentou valores de consistência interna considerados bons, com um alfa de Cronbach de 0,815 (7 itens) e um ómega de McDonald de 0,762 (5 itens). O Fator 2, Prevenção da Doença, revelou uma consistência interna aceitável, com um alfa de Cronbach de 0,749 e um ómega de McDonald de 0,743, ambos calculados para 5 itens.

Por sua vez, o Fator 3, Promoção da Saúde, apresentou valores mais baixos de consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,618 e um ómega de McDonald de 0,627, para um total de 4 itens, situando-se no limite inferior do aceitável. Estes resultados poderão estar associados ao reduzido número de itens que compõem este fator.

De uma forma global, os resultados obtidos indicaram que a escala HLS-EU-Q16 apresenta níveis adequados a bons de consistência interna, sustentando a sua fiabilidade para a avaliação da literacia em saúde na amostra em estudo.

Tabela 3

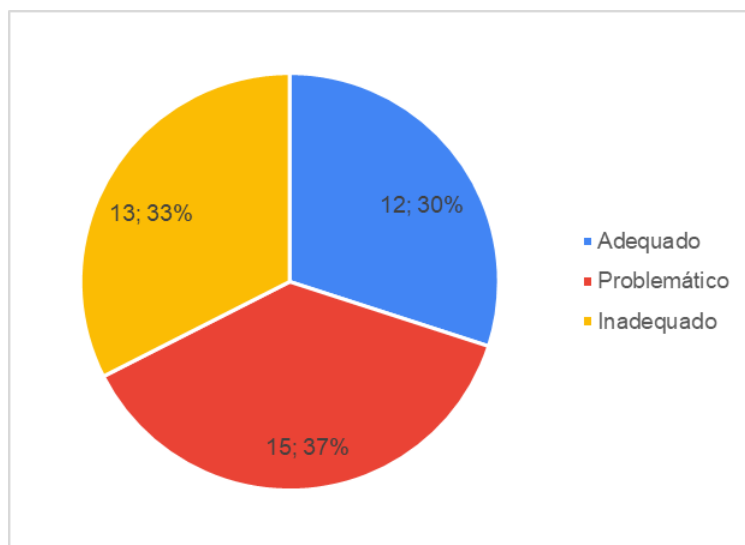
Consistência interna da escala HLS-EU-Q16 e respetivos fatores

| Escala / Fator | N.º de itens | Alfa de Cronbach | Ómega de McDonald |
|------------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| <i>Total de itens da escala</i> | 16 | 0,873 | 0,866 |
| <i>Fator 1: Health Care</i> | 7 | 0,815 | 0,762 |
| <i>Fator 2: Disease Prevention</i> | 5 | 0,749 | 0,743 |
| <i>Fator 3: Health Promotion</i> | 4 | 0,618 | 0,627 |

Analisando de forma global os níveis de literacia em saúde dos profissionais de saúde situaram-se numa média geral de 10.275 (problemático), a distribuição por cada nível de literacia é de 12 participantes (30%) para adequado, 15 (37%) como problemático e 13 (33%) inadequado, visível na Figura 3.

Figura 3

Distribuição por nível de literacia



Conforme refere o Relatório – Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019 – 2022, no diagnóstico de situação os resultados do inquérito sobre literacia em saúde em Portugal (ILS-PT,2016) em comparação com outros países participantes no Health Literacy Survey (HLS – EU,2014) a população portuguesa era das que apresentava menor percentagem de literacia em saúde com nível de “excelente” (8,6%), quando analisados os níveis de suficiente e problemático apresentava-se a cima da media da União Europeia com 42,4% para o nível suficiente e 38,1% no nível problemático, enquanto esta apresenta 36% no nível suficiente e 35,2% no nível problemático, sendo

o nível inadequado de 10,9% ligeiramente a baixo dos 12,4% do nível europeu (Arriaga et al., 2022).

5.1 – DOMÍNIOS DE LITERACIA EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste subcapítulo apresentam-se os dados relativos à aplicação da HLS-EU-PT-Q16, visando apresentar os níveis de LS geral dos participantes neste estudo, de acordo com os scores da escala

Na primeira questão, “Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?”, verificou-se que a maioria dos participantes classificou esta tarefa como fácil (57,5%), seguindo-se as categorias muito fácil (15%) e difícil (27,5%). A pontuação média foi de 0,725, correspondendo a 29 respostas classificadas como “1” e 11 como “0”.

Relativamente ao item “Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente”, a categoria mais frequentemente assinalada foi fácil (47,5%), embora 35% dos participantes a tenham considerado difícil. As opções muito fácil e muito difícil foram assinaladas por 12,5% e 5%, respetivamente. A média obtida foi de 0,6, com 24 respostas classificadas como “1” e 16 como “0”.

No que se refere à “Compreensão do que o médico diz”, 57,5% dos participantes consideraram esta tarefa fácil e 20% muito fácil, enquanto 17,5% a classificaram como difícil e 5% como muito difícil. A pontuação média foi de 0,775, com 31 respostas positivas e 9 negativas. Globalmente, 77% apresentaram classificação positiva “1”.

Quanto à “Compreensão das instruções do médico ou farmacêutico relativas à toma da medicação”, a maioria dos participantes respondeu fácil (60%) ou muito fácil (27,5%), sendo residual a proporção que classificou como difícil (10%) ou muito difícil (2,5%). A média obtida foi de 0,875, com 35 respostas “1” e 5 respostas “0”.

Na quinta questão, “Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião médica”, 45% dos participantes consideraram esta tarefa difícil, valor próximo dos 42,5% que a classificaram como fácil. As categorias muito fácil e muito difícil foram assinaladas por 7,5% e 5%, respetivamente. A pontuação média foi de 0,5, observando-se uma distribuição equitativa entre respostas positivas “1” e negativas “0”.

Relativamente ao item “Usar a informação fornecida pelo médico para tomar decisões sobre a doença”, 55% dos participantes classificaram como fácil, 30% como difícil e 15% como muito fácil. A média foi de 0,7, com 28 respostas positivas “1” e 12 negativas “0”, verificando-se uma maioria absoluta de classificações positivas “1” (67%).

No item “Seguir as instruções dadas pelo médico ou farmacêutico”, observou-se a maior proporção de respostas positivas “1”, com 72,5% a classificarem como fácil e 17,5% como muito fácil, contrastando com 10% que responderam difícil. A pontuação média foi de 0,9, correspondendo a 36 respostas positivas “1” e 4 negativas “0”.

A oitava questão, “Encontrar informação para lidar com problemas de saúde mental, como o stress ou a depressão”, foi predominantemente classificada como difícil (47,5%), enquanto 32,5% a consideraram fácil. As categorias muito fácil e muito difícil foram assinaladas por 10% dos participantes cada. A média foi de 0,425, com predominância de respostas negativas (23 “0” face a 17 “1”).

Relativamente à “Compreensão dos avisos de saúde relacionados com comportamentos de risco”, 42,5% dos participantes classificaram como fácil, 27,5% como muito fácil e igual percentagem como difícil, sendo apenas 2,5% muito difícil. A pontuação média foi de 0,7, com 28 respostas positivas “1” e 12 respostas negativas “0”.

No que concerne à “Compreensão da necessidade de realizar rastreios”, a maioria dos participantes respondeu fácil (52,5%) ou muito fácil (30%), enquanto 15% consideraram difícil e 2,5% muito difícil. A média obtida foi de 0,825, correspondendo a 82% de respostas positivas

Na décima primeira questão, “Avaliar se a informação dos meios de comunicação social sobre riscos para a saúde é de confiança”, verificou-se uma distribuição polarizada, com 12,5% a classificarem como muito fácil e igual percentagem como muito difícil. A resposta mais frequente foi difícil (45%), seguida de fácil (30%). A pontuação média foi de 0,425, refletindo uma predominância de respostas negativas “0” (58%).

Relativamente ao item “Decidir como se proteger da doença com base em informação proveniente dos meios de comunicação social”, 50% dos participantes classificaram como difícil, 27,5% como fácil, 12,5% como muito difícil e 10% como muito fácil. A média foi de 0,375, com predominância de respostas negativas “0” (63%).

Na questão treze, “Saber mais sobre atividades benéficas para o bem-estar mental”, 45% dos participantes classificaram como fácil e 37,5% como difícil. As categorias muito fácil e muito difícil foram assinaladas por 15% e 2,5%, respetivamente. A pontuação média foi de 0,6, com 60% de respostas positivas “1”.

A questão catorze, “Compreender conselhos de saúde provenientes de familiares ou amigos”, apresentou resultados semelhantes, com 47,5% a classificarem

como fácil, 35% como difícil, 12,5% como muito fácil e 5% como muito difícil. A média foi de 0,6, correspondendo a uma maioria de respostas positivas “1”.

Na questão quinze, “Compreender informação dos meios de comunicação social sobre como manter-se saudável”, 47,5% dos participantes responderam fácil, 37,5% difícil e 7,5% classificaram tanto como muito fácil como muito difícil. A média foi de 0,55, com 55% de respostas positivas “1”

Por fim, a questão dezasseis, “Avaliar quais os comportamentos diários relacionados com a saúde”, 55% dos participantes consideraram fácil, 25% difícil, 15% muito fácil e 5% muito difícil. A pontuação média foi de 0,7, com 70% de respostas positivas “1”, conforme se ilustra na Tabela 4.

Tabela 4

Respostas aos 16 itens do questionário por participantes do estudo

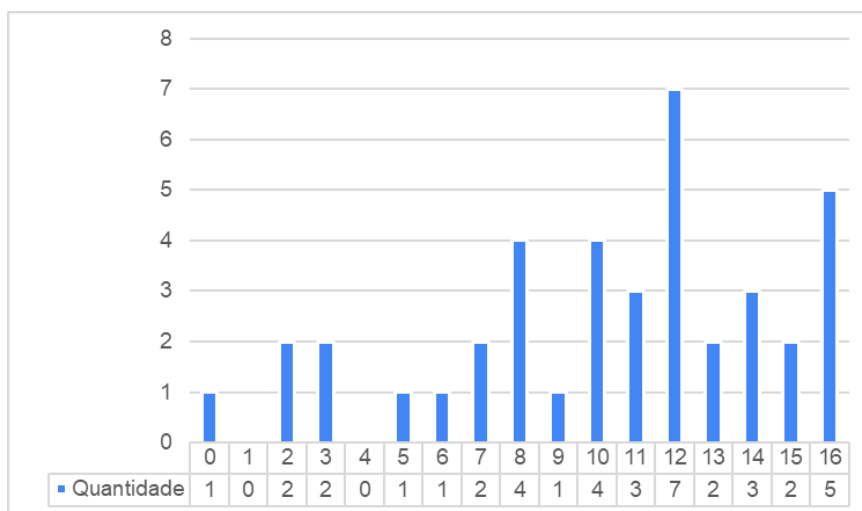
| Domínio | Pergunta | Muito fácil | Fácil | Difícil | Muito difícil |
|---------|----------|-------------|----------|----------|---------------|
| CS | 1 | 6;15% | 23;57.5% | 11;27.5% | 0;0% |
| CS | 2 | 5;12.5% | 19;47.5% | 14;35% | 2;5% |
| CS | 3 | 8;20% | 23;57.5% | 7;17.5% | 2;5% |
| CS | 4 | 11;27.5% | 24;60% | 4;10% | 1;2.5% |
| CS | 5 | 3;7.5% | 17;42.5% | 18;45% | 2;5% |
| CS | 6 | 6;15% | 22;55% | 12;30% | 0;0% |
| CS | 7 | 7;17.5% | 29;72.5% | 4;10% | 0;0% |
| PD | 8 | 4;10% | 13;32.5% | 19;47.5% | 4;10% |
| PD | 9 | 11;27.5% | 17;42.5% | 11;27.5% | 1;2.5% |
| PD | 10 | 12;30% | 21;52.5% | 6;15% | 1;2.5% |
| PD | 11 | 5;12.5% | 12;30% | 18;45% | 5;12.5% |
| PD | 12 | 4;10% | 11;27.5% | 20;50% | 5;12.5% |
| PS | 13 | 6;15% | 18;45% | 15;37.5% | 1;2.5% |
| PS | 14 | 5;12.5% | 19;47.5% | 14;35% | 2;5% |
| PS | 15 | 3;7.5% | 19;47.5% | 15;37.5% | 3;7.5% |
| PS | 16 | 6;15% | 22;55% | 10;25% | 2;5% |

Ao analisar as respostas da escala HLS-EU-PT-Q16 (cf. Apêndice I), parece ser possível identificar os níveis de literacia em saúde dos participantes, as suas perceções quanto à acessibilidade e compreensão de informações de saúde, e dificuldade específicas em determinadas áreas. Assim observando a Figura 4 percebe-se que do total das respostas dos participantes 13 classificam-se como nível de literacia inadequado, 15 como problemático, sendo a maioria, e 12 como adequado. Existindo um questionário com classificação de 0 valores, 2 de 2 valores e 2 de 3 valores,

contrastando com 3 de 14 valores, 2 de 15 valores e 5 de 16 valores. Sendo a classificação mais vezes obtida (moda) de 12 valores.

Figura 4

Valores obtidos por cada participante tendo em conta a escala HLS-EU-PT-Q16



Com base no modelo integrado de literacia em saúde de Sørensen et al.(2012) são apresentados os resultados do conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das USF de uma ULS, de acordo com os três domínios de literacia em saúde, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde.

Relativamente ao domínio cuidados de saúde, a LS refere-se à capacidade dos profissionais de saúde em aceder à informação sobre questões medicas ou clínicas, de compreender a informação, de interpretar e avaliar essa informação, de tomar decisões informadas sobre questões medicas e de cumprir conselhos sobre a sua própria saúde e das pessoas que tem aos seus cuidados.

Quanto ao domínio da prevenção da doença, a LS contempla a capacidade do PS em aceder à informação sobre fatores de risco, compreender o seu significado, de interpretar e avaliar a informação e tomar decisões informadas protegendo-se dos fatores de risco para a sua saúde e das pessoas a quem presta cuidados.

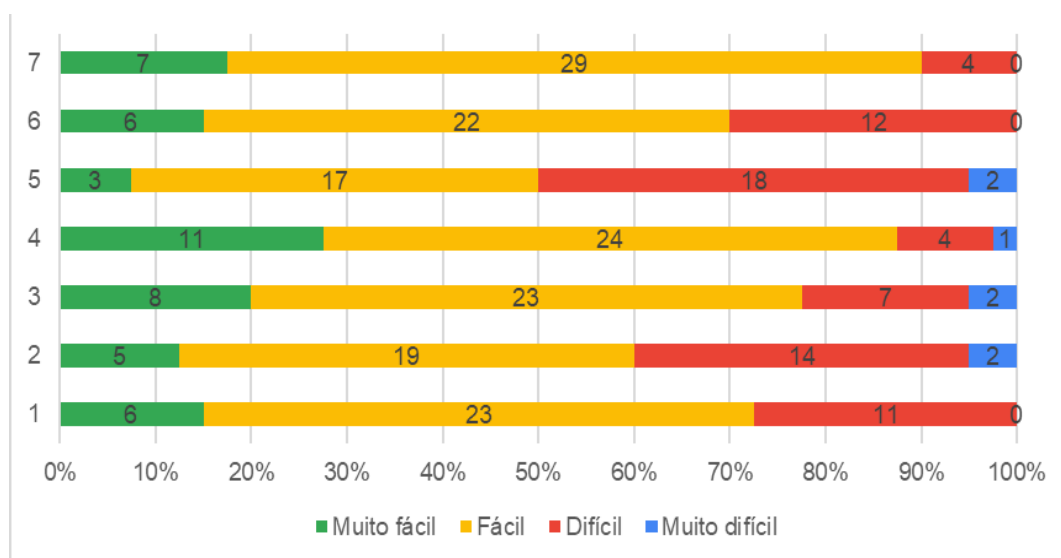
No domínio da promoção da saúde, a LS refere-se à capacidade do PS em se atualizar regularmente sobre questões de saúde, como os determinantes da saúde no ambiente social e físico, atribuindo-lhe significado, de interpretar e avaliar informações sobre os determinantes da saúde e a capacidade de tomar decisões informadas sobre estes e também de se envolver a ações conjuntas (Sørensen et al., 2013).

Considerando que as questões das perguntas 1 a 7 de acordo com a autora Pedro et al. (2023) correspondem ao domínio cuidados de saúde, da 8 a 12 ao domínio da prevenção da doença e da 13 a 16 ao domínio promoção da saúde, divisão já considerada na tabela 4 anteriormente apresentada.

Relativamente à interpretação dos dados da amostra dos profissionais de saúde em estudo, no domínio dos cuidados de saúde, a Figura 5 apresenta a distribuição das respostas obtidas neste domínio. De uma forma global, observou-se uma predominância da categoria “fácil” em todas as questões, indicando que, em geral, os participantes não percecionam grandes dificuldades nos itens avaliados. A categoria “muito difícil” apresentou uma expressão residual, surgindo apenas em algumas questões e com um número reduzido de respostas (uma a duas), o que sugere que barreiras severas são pouco frequentes entre os inquiridos. Por sua vez, a categoria “difícil” apresentou uma distribuição variável entre as questões, sendo mais frequente na questão 5 (18 respostas), na questão 2 (14 respostas) e na questão 6 (12 respostas). Estes itens poderão corresponder a áreas em que os participantes enfrentam maiores desafios no contexto dos cuidados de saúde. Apesar desta variabilidade, a análise proporcional ao total de respostas por questão evidencia que as questões 5 e 2 apresentam maiores proporções de respostas classificadas como “difícil”, enquanto as questões 4 e 7 revelam menor dificuldade global. Estes resultados sugerem que determinados aspetos dos cuidados de saúde são percecionados como mais complexos, dependendo da tarefa avaliada.

Figura 5

Domínio cuidados de saúde

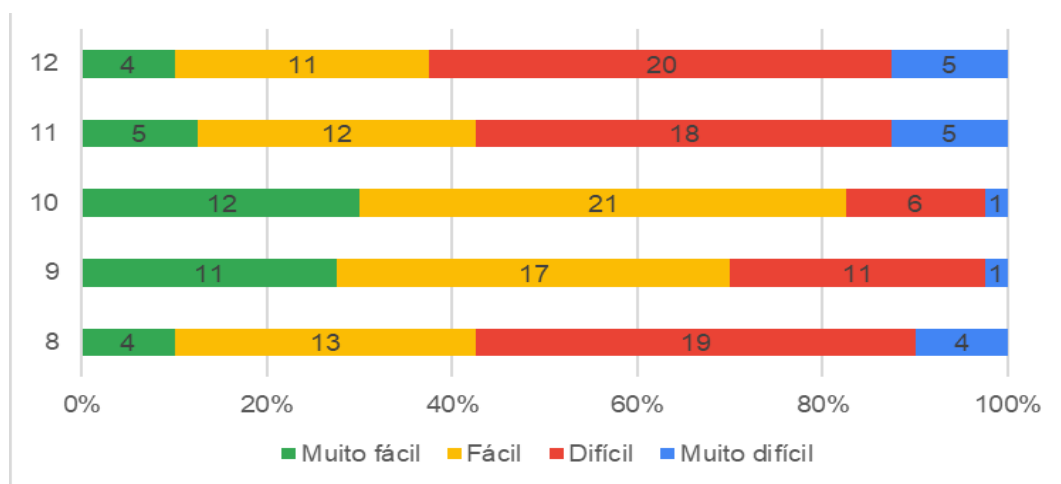


O que permite concluir que os participantes consideram a maioria das tarefas relacionadas ao domínio cuidados de saúde como acessíveis, com poucos apontando dificuldades significativas. Contudo, questões específicas, como a 2, 5 e 6 merecem atenção, por concentrarem maior número de resposta indicando dificuldades.

No que se refere ao domínio da prevenção da doença de acordo com a Figura 6, para o grupo Geral (Questões 8 a 12), a análise revelou que, ao contrário do domínio "Cuidados de Saúde", a dificuldade percebida supera a facilidade em várias tarefas essenciais. A Questão 10 destacou-se com a maior facilidade de toda a escala, com 33 respostas (12 "Muito fácil" e 21 "Fácil") contra apenas 7 de dificuldade, indicando confiança na competência de avaliação e aplicação de informações preventivas complexas, como rastreios. A Questão 9 também demonstrou facilidade dominante (28 respostas fácil/muito fácil), enquanto as questões 8, 11 e 12 mantêm uma maioria de dificuldade.

Figura 6

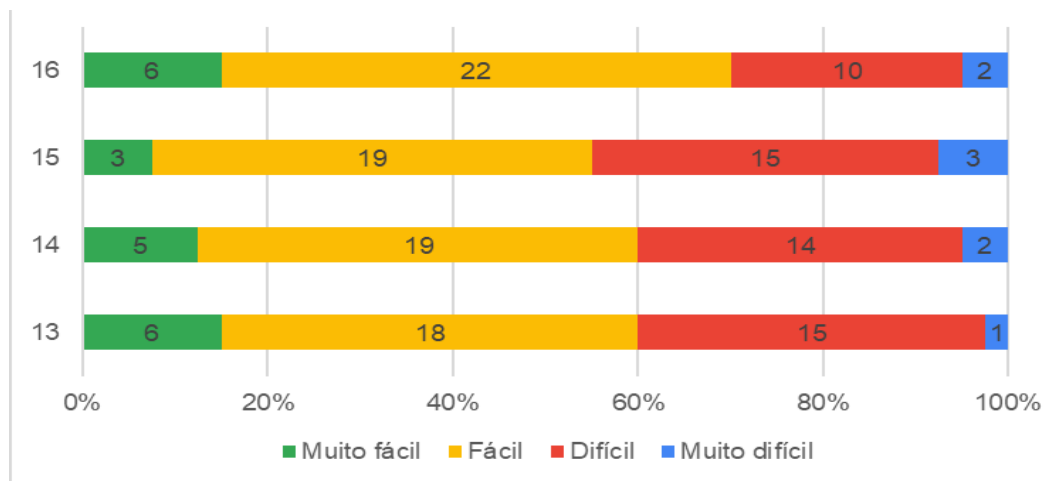
Domínio prevenção da doença



No que se refere ao domínio Promoção da saúde, Figura 7, em todas as questões predominam as respostas "fácil" e "difícil", sendo o "muito difícil" minoritário e surgindo o "muito fácil" em proporções menores que "fácil". Na questão 13 observou-se um equilíbrio, levemente inclinado ao "fácil"; na 14 uma tendência a ser percebida como intermediária; na 15 é a que mais se aproximou de um perfil "difícil" e a 16 como a mais fácil do conjunto. Nota-se uma variação gradual de dificuldade, a 15 revelou-se a mais exigente e a 16 a mais acessível. O baixo número de "muito difícil" sugere que nenhuma das questões é interpretada como excessivamente complexa.

Figura 7

Domínio promoção da saúde



A análise dos três domínios da LS da escala HLS-EU-PT -Q16 (Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde) evidenciou um padrão global consistente, marcado por níveis maioritariamente positivos de Literacia em Saúde entre os profissionais avaliados, ainda que com diferenças claras entre grupos profissionais e entre tipos de competências exigidas.

De forma geral, as tarefas associadas ao acesso e utilização básica da informação em saúde são percecionadas como fáceis pela maioria dos inquiridos, em todos os grupos profissionais. Este resultado é particularmente evidente no domínio dos Cuidados de Saúde, onde o grupo dos médicos e o dos enfermeiros demonstram elevada confiança, refletindo a influência da formação académica e da prática profissional contínua. Ainda assim, mesmo neste domínio, surgem fragilidades transversais nas questões que exigem avaliação crítica da informação e tomada de decisão autónoma, destacando-se consistentemente a questão 5 como o principal ponto de dificuldade.

No domínio da Prevenção da Doença, observou-se um aumento significativo da dificuldade percebida, sobretudo no grupo geral e, em menor grau, no grupo dos assistentes técnicos. As tarefas que envolvem interpretação, aplicação de informação complexa e mudanças de estilo de vida revelam-se as mais desafiantes, confirmando que a prevenção exige competências cognitivas e decisórias mais exigentes do que o simples acesso à informação. Embora médicos e enfermeiros mantenham uma autoavaliação elevada neste domínio, persistem dificuldades nas questões associadas à aplicação prática e gestão autónoma do conhecimento preventivo.

Relativamente ao domínio da Promoção da Saúde, os resultados mostraram um perfil intermédio de dificuldade, com predomínio das respostas “fácil”, mas com maior variabilidade entre questões. As tarefas relacionadas com avaliação crítica e mudança comportamental continuam a ser percecionadas como mais exigentes, sobretudo entre os grupos dos enfermeiros e o dos assistentes técnicos, ainda que raramente classificadas como “muito difícil”.

A comparação entre grupos profissionais evidenciou que os assistentes técnicos apresentaram sistematicamente a maior perceção de dificuldade nos três domínios, em particular nas competências de avaliação e aplicação crítica da informação em saúde. Naturalmente, médicos e enfermeiros revelaram níveis mais elevados de Literacia em Saúde, destacando-se as dimensões mais complexas e reflexivas como áreas de maior exigência.

Em Síntese

A análise da Literacia em Saúde (LS) dos profissionais de saúde, realizada a partir da escala HLS-EU-PT-Q16, permitiu compreender de forma integrada o desempenho percecionado nos domínios dos Cuidados de Saúde, da Prevenção da Doença e da Promoção da Saúde. Globalmente, os resultados evidenciaram níveis maioritariamente positivos de Literacia em Saúde, embora com diferenças relevantes entre domínios, tipos de competências exigidas e grupos profissionais.

O domínio dos Cuidados de Saúde destacou-se como aquele em que os participantes revelaram maior facilidade, refletindo uma elevada capacidade de acesso, compreensão e utilização da informação em contextos clínicos. Ainda assim, emergiram áreas de maior exigência associadas à avaliação crítica da informação e à tomada de decisão autónoma, sugerindo que mesmo competências consideradas centrais à prática profissional podem apresentar desafios quando envolvem níveis mais elevados de complexidade cognitiva.

No domínio da Prevenção da Doença observou-se a maior perceção de dificuldade, particularmente nas tarefas relacionadas com a interpretação e aplicação de informação preventiva complexa e com a adoção de comportamentos protetores da saúde. Estes resultados reforçaram a ideia de que a prevenção da doença exige competências mais avançadas de análise, reflexão e decisão, constituindo um domínio crítico para o desenvolvimento da Literacia em Saúde, sobretudo fora do contexto estritamente clínico.

Relativamente à Promoção da Saúde, os dados revelaram um perfil intermédio, marcado por uma perceção globalmente positiva, mas com maior variabilidade entre tarefas. As atividades associadas à avaliação crítica dos determinantes da saúde e à mudança comportamental continuam a ser identificadas como mais exigentes, ainda que raramente percecionadas como excessivamente complexas.

A análise comparativa entre grupos profissionais evidenciou diferenças consistentes, com os assistentes técnicos a apresentarem maior perceção de dificuldade nos três domínios, enquanto médicos e enfermeiros demonstraram níveis mais elevados de Literacia em Saúde. Ainda assim, mesmo nestes grupos, as dimensões mais complexas e reflexivas da literacia emergem como áreas de maior exigência, sublinhando a necessidade de estratégias formativas que promovam não apenas o acesso à informação, mas sobretudo a sua avaliação crítica e aplicação consciente.

Os resultados deste capítulo evidenciaram que a Literacia em Saúde dos profissionais de saúde é globalmente favorável, mas heterogénea, destacando-se a importância de intervenções diferenciadas e direcionadas para o desenvolvimento de competências críticas, reflexivas e decisórias, essenciais para a prática profissional e para a promoção de cuidados de saúde de qualidade.

6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS – ABORDAGEM QUALITATIVA

Os dados qualitativos foram obtidos através das questões abertas integradas na Parte III do questionário realizado, procurando a identificar os domínios auto percebidos pelos profissionais de saúde das USF de uma ULS e as estratégias desenvolvidas por estes nos diferentes domínios da literacia em saúde.

Considerou-se com ponto de partida as respostas as cinco questões abertas do questionário, constituindo o “corpus” correspondendo ao conjunto de documentos objeto de análise, procurou-se analisar os dados de forma dedutivo-indutiva, permitindo a compreensão do fenómeno em estudo sob o ponto de vista do participante.

Considerando as questões de investigação formuladas inicialmente, procurou-se saber como explorar os dados obtidos no “corpus” para construir a análise dos dados propriamente dita. Tendo presente o enquadramento teórico-conceitual e os objetivos do estudo, identificar os domínios da literacia em saúde auto percebidos pelos profissionais de saúde e analisar as estratégias desenvolvidas por estes nos domínios da literacia em saúde. Assumiu-se a análise de conteúdo na perspetiva de Bardin (2022), na procura da interpretação dos domínios da literacia em saúde e das estratégias desenvolvidas nestes domínios pelos profissionais de saúde no seu dia a dia.

O processo de análise de conteúdo, neste estudo dividiu-se em três fases: a pré-análise, a exploração e o tratamento dos dados obtidos e respetiva interpretação. Na primeira fase e de acordo com Bardin (2022) foi organizado o material objeto de análise e realizada uma leitura flutuante, tendo constituído o primeiro contato com os documentos através de uma leitura exaustiva destes. Esta leitura flutuante permitiu perceber os significados e sentidos atribuídos, presentes nas respostas.

Tendo por base o tratamento de dados obtido através do “corpus” da análise, procedeu-se à análise e discussão dos mesmos, com vista à sua interpretação. Sendo construído um “novo” discurso com base nos dados e em confrontação com os referencias teóricos adotados.

Na fase de exploração do material, foi realizada a codificação do “corpus” correspondendo a uma transformação dos dados do texto em unidades, o que permitiu uma descrição das características do seu conteúdo, por recorte (escolha das unidades) e agregação (escolha das categorias) (Bardin, 2022). No processo de codificação a unidade de análise identificada foi a unidade de registo, correspondendo ao segmento mais pequeno do texto a codificar em cada categoria, neste processo foi realizada uma

análise temática que consistiu em descobrir a semântica com significado para o objetivo escolhido, estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde (Bardin, 2022).

Realizada a codificação, procedeu-se à categorização que consistiu na determinação das dimensões a ser analisadas, através do processo de redução de texto no qual as muitas palavras e expressões foram transformadas em categorias (Bardin, 2022). Segundo a mesma autora a categorização dos dados foi feita por dois processos à “priori” e à “posteriori”, baseando-se esta categorização na escolha de categorias de análise, usando como referencial o enquadramento teórico e a literatura consultada bem como os objetivos do estudo. As categorias emergentes obtidas pela redundância do discurso dos participantes, são consistentes com a teoria no que se refere às estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde.

As categorias segundo Bardin (2022), devem compreender um conjunto de qualidades: a exclusão mútua – estabelecendo que cada elemento classificado não pode pertencer a duas ou mais categorias, sendo a exclusão mútua dependente da homogeneidade, por sua vez a homogeneidade das categorias – estipula que num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registo e uma dimensão de análise; a pertinência – que se relaciona com a adequação da categoria ao material de análise e ao mesmo tempo com o enquadramento teórico estabelecido, quanto ao sistema de categorias – deve de refletir as intenções da investigação, as questões do analista e /ou corresponder às características das mensagens; por sua vez a objetividade e a fidelidade – o investigador deve definir claramente as variáveis que trata, bem como deve precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria; a produtividade – um conjunto de categorias é produtivo se fornecer resultados ajustados ao que se pretende interpretar, no presente estudo as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde.

Encontrando-se cumpridos estes requisitos, foi desenvolvida a codificação dos dados e a categorização dos mesmos, obteve-se uma matriz de áreas temáticas onde se apresentam referenciados os temas, as categorias e subcategorias, que teve subjacente as regras da exaustividade, da representatividade, homogeneidade e pertinência, permitindo uma melhor organização dos dados, de modo a identificar os domínios auto percebidos pelos profissionais e as estratégias desenvolvidas por estes nos diferentes domínios da literacia em saúde, apresentada na Tabela 5.

Tabela 5
Temas, categorias e subcategorias

| Tema | Categoria | Subcategoria |
|---|--|--|
| Competências de literacia em saúde | Acesso à informação | Informação incorreta proveniente de terceiros |
| | | Utilização inadequada do SNS |
| | | Dificuldade na obtenção de informação de fonte fidedigna |
| | | Dificuldade em filtrar informação |
| | | Acesso desigual à informação |
| | Compreensão da informação | Barreiras linguísticas ou cognitivas |
| | | Retenção limitada de informação |
| | Avaliação da informação | Capacidade de filtrar informação |
| | | Ausência de pensamento crítico e responsabilidade |
| | Aplicação/utilização da informação | Correção de mitos |
| | | Responsabilidade individual |
| | | Utilização inadequada dos recursos de saúde |
| Construção de recursos orientadores | | |
| Estratégias promotoras de literacia em saúde | Estratégias promotoras de acesso | Comunicação digital |
| | | Promoção do acesso via comunicação local/presencial |
| | Estratégias promotoras da compreensão | Adaptação da linguagem |
| | | Utilização de recursos |
| | | Verificação da compreensão (técnica teach-back) |
| | Estratégias promotoras da capacidade de avaliação | Dificuldades na mobilização da informação |
| | | Decisões incorretas |
| | Estratégias promotoras da capacidade de aplicação/utilização da informação | Orientação para utilização adequada dos recursos |
| | | Ações de Educação para a Saúde |

A matriz de análise, construída segundo os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2022), organizou-se em dois temas centrais: o primeiro relativo às competências de Literacia em Saúde nos diferentes domínios do processo de interação entre profissionais e utentes; e o segundo referente às estratégias promotoras de Literacia em Saúde, associadas a cada domínio de competência. Ambos se orientam para a compreensão do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção, capacitação e desenvolvimento da literacia em saúde da população.

A elaboração da matriz de análise (Apêndice J, Tabela 1,2,3) decorreu de uma abordagem qualitativa e interpretativa, orientada pela análise de conteúdo que permitiu

transformar os discursos recolhidos em unidades de sentido organizadas. Esta opção metodológica visou assegurar uma leitura sistemática e comparativa das perceções dos vários profissionais de saúde (assistentes técnicos, enfermeiros e médicos), possibilitando a identificação de convergências, divergências e complementaridades no modo como cada grupo profissional compreende e operacionaliza o conceito de literacia em saúde. A inclusão da coluna “Grupo profissional” permitiu uma visão transversal e integradora, evidenciando a articulação entre os diferentes papéis profissionais na promoção da literacia em saúde. Assim, a matriz não se limita à descrição de resultados, mas constitui um instrumento analítico que reflete a complexidade relacional e interdisciplinar do trabalho em saúde comunitária.

Nos subcapítulos seguintes apresenta-se a análise interpretativa dos resultados, procurando a influência das estratégias desenvolvidas pelos PS nos domínios da literacia em saúde, através das competências de literacia em saúde e das estratégias promotoras de literacia em saúde.

6.1 – COMPETÊNCIAS DE LITERACIA EM SAÚDE

Relativamente às competências de literacia em saúde, reflete as perceções dos diferentes grupos profissionais — assistentes técnicos, enfermeiros e médicos — em torno das dimensões de acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, permitindo identificar convergências e especificidades na perceção das competências de literacia em saúde. Este tema organiza-se nas seguintes categorias e subcategorias:

- **Acesso à informação**, que integra as subcategorias Informação incorreta proveniente de terceiros, Utilização inadequada do SNS, Dificuldade na obtenção de informação de fonte fidedigna, Dificuldade em filtrar informação, Acesso desigual à informação. Estas dimensões traduzem as dificuldades sentidas pelos utentes na procura de informação credível e o impacto das redes sociais como fonte de desinformação.

De uma forma transversal, os três grupos profissionais identificam o acesso à informação como uma dimensão crítica da literacia em saúde. Destacaram a exposição dos utentes a informação incorreta, sobretudo proveniente da internet, redes sociais e terceiros não qualificados, referindo a “internet como fonte de desinformação” e “dificuldade em distinguir o que é fidedigno”, sendo esta perceção particularmente enfatizada pelo grupo dos Enfermeiros e dos Médicos. O grupo dos Assistentes Técnicos, pela sua posição de contacto inicial com o utente, sublinharam a existência de desinformação prévia que condiciona o recurso aos serviços de saúde destacando a informação incorreta que dos utentes “informação enganadora que recebem de outrem”.

A dificuldade em filtrar informação surge com maior expressão nos discursos de Enfermeiros e Médicos, associada ao excesso de informação disponível e à limitada capacidade dos utentes para distinguir fontes fidedignas, “utentes consultam a internet e redes sociais, sendo expostos a informações falsas”, “não sabem procurar informações credíveis”. Adicionalmente, os Enfermeiros evidenciam desigualdades no acesso à informação, sobretudo em populações idosas e em contextos rurais, revelando uma sensibilidade acrescida às determinantes sociais da literacia em saúde, expressando que “utentes de zonas rurais e idosos enfrentam maiores dificuldades”.

A utilização inadequada do SNS foi um aspeto comum aos três grupos profissionais, ainda que com perspetivas distintas: o grupo dos Assistentes Técnicos referiram o uso indevido dos serviços como consequência direta da desinformação, destacando “informar os utentes de como devem usar os serviços de saúde”, o grupo

dos Enfermeiros apontaram o recurso a alternativas informais; “abundância de dados online e a falta de meios para os validar”. e o grupo dos Médicos destacaram a utilização excessiva de serviços diferenciados, como as urgências, expressando a “utilização inadequada e procura excessiva de cuidados (ex: recorrendo a serviços de urgência)”.

- **Compreensão da informação**, onde se destacam as subcategorias Barreiras linguísticas ou cognitivas e Retenção limitada de informação. Os profissionais reconheceram que a linguagem técnica e a complexidade das mensagens são obstáculos à compreensão, sendo frequente que os utentes retenham apenas parte da informação transmitida durante as consultas, emergindo claramente as barreiras linguísticas e cognitivas. O grupo dos Assistentes Técnicos identificaram a linguagem como um obstáculo central, “linguagem como obstáculo”, enquanto o grupo dos Enfermeiros e dos Médicos aprofundam esta questão, referindo a inadequação da linguagem técnica ao nível sociocultural e da literacia dos utentes, identificando “a linguagem utilizada...não se adapta à pessoa”, “pessoas idosas têm dificuldade em entender o que é dito nas consultas”, “baixo nível de escolaridade”. O grupo dos Médicos acrescentaram a complexidade inerente aos conteúdos clínicos, como a anatomia, farmacologia e regimes terapêuticos, atribuindo aos utentes “poucos conhecimentos de anatomia ou da própria doença”.

A retenção limitada da informação foi salientada sobretudo pelos grupos dos Enfermeiros e Médicos, sendo associada à quantidade de informação transmitida durante a consulta, ao tempo reduzido de interação e ao excesso de estímulos informativos, salientando “mesmo após explicações alguns utentes “ficam com dúvidas” ou não entendem diferenças entre instituições do sistema de saúde”. Esta dificuldade compromete a continuidade dos cuidados e a adesão às orientações terapêuticas, referindo “utente pode sair da interação sem assimilar tudo, o que reforça a necessidade de estratégias de comunicação mais eficazes”.

- **Avaliação da informação**, que compreende as subcategorias Capacidade de filtrar informação e Ausência de pensamento crítico e responsabilidade. Estas salientam as limitações dos utentes na seleção e análise crítica das fontes de informação, bem como a tendência para delegar nos profissionais ou no sistema de saúde a responsabilidade pelas decisões em saúde. Sendo percecionada a avaliação crítica da informação com uma fragilidade relevante.

O grupo dos Assistentes Técnicos referiram falta de envolvimento cívico e de responsabilidade dos utentes, expressando “falta de envolvimento nas questões

cívicas”, enquanto o grupo dos Enfermeiros e dos Médicos apontaram a dificuldade em distinguir informação correta de falsa, nomeadamente “dificuldade em distinguir informação verdadeira de falsa ou relevante de irrelevante” e “conjunto de conhecimentos e competências que permitem... tomar decisões e atitudes informadas sobre a sua saúde”. No entendimento do grupo dos médicos, esta limitação é associada à incapacidade de selecionar fontes de qualidade, o que pode conduzir a decisões inadequadas em saúde, destacando “dificuldade em selecionar fontes de informação de qualidade”.

- **Aplicação/utilização da informação**, englobando as subcategorias, Utilização inadequada dos recursos de saúde, Construção de recursos orientadores, Correção de mitos e Responsabilidade individual. Relativamente à aplicação da informação, o grupo dos Enfermeiros e dos Médicos identificaram dificuldades na utilização adequada dos recursos de saúde, quer por uso indevido, quer por uso excessivo, “procuram os cuidados de forma inadequada e excessiva”, “utilização dos recursos errados (vizinhos, internet...)”. O grupo dos Enfermeiros destacaram estratégias práticas utilizadas pelos utentes, como a consulta de rótulos ou esquematização de situações ““comparação, o exemplo, a esquematização e ‘desenho’ da situação” e “recomenda consultar a tabela nutricional dos alimentos processados”, enquanto o grupo dos Médicos referem instrumentos mais estruturados, como tabelas terapêuticas e esquemas de medicação, “tabelas de terapêutica crónica” e “guias de tratamento com as tampas das caixas de medicamentos para os doentes analfabetos”,

A correção de mitos e a promoção da responsabilidade individual foram referidas sobretudo pelos profissionais de saúde com intervenção clínica direta, evidenciando o seu papel ativo na mediação da informação e na capacitação dos utentes. “questionários pré-diagnóstico... para aferir conhecimento e posteriormente corrigir esses conhecimentos (resposta educativa)”, “informo e incentivo a responsabilização” e “desmistificar mitos”.

Em Síntese

A análise das competências de Literacia em Saúde evidenciou perceções convergentes entre assistentes técnicos, enfermeiros e médicos relativamente às dimensões de acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, ainda que com especificidades associadas aos diferentes papéis profissionais. De forma transversal, o acesso à informação emergiu como uma dimensão crítica, marcada pela

exposição dos utentes a informação incorreta, dificuldades na filtragem de fontes fidedignas e desigualdades no acesso, com impacto na utilização adequada dos serviços de saúde.

A compreensão da informação revelou-se condicionada por barreiras linguísticas, cognitivas e socioculturais, bem como pela retenção limitada das mensagens transmitidas, comprometendo a adesão às orientações em saúde. A avaliação crítica da informação foi identificada como uma das dimensões mais exigentes, refletindo dificuldades na seleção de fontes credíveis e na assunção de responsabilidade nas decisões em saúde. Relativamente à aplicação da informação, os profissionais reconheceram desafios na utilização adequada dos recursos, salientando simultaneamente o papel ativo dos profissionais de saúde na mediação da informação, correção de mitos e promoção da autonomia dos utentes.

Os resultados evidenciaram que o desenvolvimento das competências de literacia em saúde exige abordagens integradas e consistentes, centradas na comunicação eficaz, na promoção do pensamento crítico e na capacitação progressiva dos utentes.

6.2 – ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE LITERACIA EM SAÚDE

No que se refere às estratégias promotoras de literacia em saúde, assenta na perspetiva de melhoria dos níveis de literacia em saúde da população, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Literacia para a Saúde, Cuidados Centrados nas Pessoas e Comunidades (PNLSCC). Este tema valoriza o desenvolvimento de práticas e estratégias que favorecem a aquisição de conhecimento, a compreensão crítica e a adoção de comportamentos saudáveis, promotores do bem-estar e da qualidade de vida ao longo do ciclo vital (Arriaga et al., 2023). A sua estrutura compreende as seguintes categorias e subcategorias:

- **Estratégias promotoras de acesso** com as subcategorias Comunicação digital e Promoção do acesso via comunicação local/presencial, nestas o grupo dos Assistentes Técnicos valorizaram a disponibilização de materiais informativos e a informação prestada no momento do atendimento, evidenciando “materiais informativos na unidade de saúde (ex: folhetos, brochuras)” e a “disponibilização de informação no momento do atendimento”. O grupo dos Enfermeiros e dos Médicos

alargaram esta perspetiva, incluindo estratégias de comunicação institucional, comunitária e mediática, “redes sociais da unidade de saúde”, as “campanhas institucionais” e as “atividades comunitárias presenciais”. O grupo dos Enfermeiros destacaram ainda a comunicação digital, como “sites oficiais e confiáveis (ex.: Direção-Geral da Saúde)”, enquanto o grupo dos Médicos enfatizaram campanhas de maior alcance e regulação da informação veiculada pelos media, “iniciativas governamentais através da televisão e outros órgãos de comunicação”, a “regulamentação e responsabilização da redes sociais/mídias”

- **Estratégias promotoras da compreensão** que englobam as subcategorias: Adaptação da linguagem, Utilização de recursos, e Verificação da compreensão (técnica teach-back), a adaptação da linguagem surgiu como a principal estratégia consensual entre os três grupos profissionais. Todos reconheceram a necessidade de adequar a comunicação ao nível de compreensão do utente, privilegiando uma linguagem clara, simples e contextualizada, salientando “passar a informação da forma mais direta e clara”, “ajustar a informação de acordo com o grau educacional da pessoa, de forma que esta consiga compreender” e “disponibilidade para esclarecer” A utilização de recursos de apoio, como folhetos, imagens e esquemas, foi especialmente valorizada pelo grupo dos Enfermeiros e dos Médicos, salientando “fornecer informação escrita de fácil leitura – por exemplo, folhetos ou resumos”, a “demonstração de imagens, esquemas ilustrados” e “dou folhetos informativos, sugiro sites credíveis”.

- **Estratégias promotoras da capacidade de avaliação** incluindo as subcategorias, Promoção da tomada de decisão informada, dificuldades na mobilização da informação e decisões incorretas, as estratégias dirigidas à capacidade de avaliação centram-se no estímulo ao pensamento crítico e à tomada de decisão informada. O grupo dos Enfermeiros identificaram dificuldades como a “má adesão terapêutica”, “acreditam em conceitos errados”, enquanto o grupo dos Médicos referiram decisões baseadas em informação incorreta, sublinhando a necessidade de reforçar competências de análise e validação da informação em saúde, salientando que “a maior parte dos utentes não tenta compreender, mas sim satisfazer os interesses deles rapidamente” e “não sabem fazer uma abordagem básica inicial em caso de doença não complicada, procuram informação de fontes duvidosas”.

- **Estratégias promotoras da capacidade de aplicação/utilização da informação** que integram a subcategoria Orientação para utilização adequada dos

recursos e Ações de educação para a saúde, na promoção da capacidade de aplicação da informação, o grupo dos Assistentes Técnicos assumem um papel relevante na orientação para o uso adequado dos serviços de saúde, “como devem utilizar os serviços de saúde para as necessidades que apresentam”. O grupo dos Enfermeiros e dos Médicos destacaram ações de educação para a saúde, como sessões educativas e projetos comunitários “aulas de saúde e autocuidado nas escolas”, “ações de formação e sessões educativas em escolas, lares, empresas e unidades de saúde” e “biblioteca de literacia em saúde”, evidenciando uma abordagem mais estruturada e contínua à capacitação dos utentes.

Globalmente, a análise evidenciou que a literacia em saúde é percecionada como uma responsabilidade partilhada, na qual cada grupo profissional assume contributos específicos, complementares entre si. O grupo dos Assistentes Técnicos surge como mediadores iniciais do acesso e da orientação no sistema; o grupo dos Enfermeiros como facilitadores da compreensão, avaliação e adesão; e o grupo dos Médicos como agentes centrais na validação da informação e na promoção de decisões informadas. Esta complementaridade reforça a importância de abordagens interdisciplinares na promoção da literacia em saúde.

Em Síntese

A análise das estratégias promotoras de Literacia em Saúde evidenciou um conjunto diversificado de práticas orientadas para a melhoria do acesso, da compreensão, da avaliação e da aplicação da informação em saúde, em consonância com os princípios do Programa Nacional de Literacia para a Saúde, Cuidados Centrados nas Pessoas e Comunidades. Os discursos dos profissionais refletiram uma abordagem centrada na capacitação dos utentes e na promoção de comportamentos informados e saudáveis ao longo do ciclo vital.

As estratégias de promoção do acesso assentam na combinação de comunicação presencial, comunitária, institucional e digital, destacando-se a disponibilização de materiais informativos, a informação no momento do atendimento e o recurso a campanhas e plataformas oficiais. No domínio da compreensão, a adaptação da linguagem emergiu como estratégia consensual entre os grupos profissionais, complementada pela utilização de recursos de apoio e pela verificação da compreensão, reforçando a importância de uma comunicação clara, adequada e eficaz.

Relativamente à promoção da capacidade de avaliação, os profissionais salientaram a necessidade de estimular o pensamento crítico e a tomada de decisão informada, face às dificuldades persistentes na mobilização e validação da informação em saúde. No que concerne à aplicação da informação, destacaram-se a orientação para a utilização adequada dos recursos de saúde e as ações estruturadas de educação para a saúde, desenvolvidas em diferentes contextos comunitários.

Os resultados evidenciaram a Literacia em Saúde como uma responsabilidade partilhada, sustentada na complementaridade dos papéis profissionais, reforçando a relevância de estratégias interdisciplinares e contínuas na promoção da autonomia e do bem-estar da população

7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o objetivo de promover uma discussão integradora e interativa, pretendeu-se alcançar uma compreensão profunda e abrangente do fenómeno em estudo, resultante da triangulação entre as abordagens quantitativa e qualitativa, sendo esta última particularmente relevante para o aprofundamento interpretativo.

Em resposta à questão de investigação: “Qual o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das USF da ULS?”, verificou-se na aplicação da HLS-EU-PT-Q16 que média global obtida foi de 10,275 pontos, correspondente a um nível de literacia problemático, transparecendo um conceito com alguma problemática.

A distribuição dos níveis revelou que 30% dos participantes apresentam literacia em saúde adequada, 37% literacia problemática e 33% literacia inadequada.

Os resultados do European Health Literacy Survey do estudo “Literacia em Saúde em Portugal – 2015, Àvila e Mendes (2016), identificaram que 61% da população portuguesa apresentava um nível de literacia geral problemático ou inadequado, 30,1% um nível de literacia geral suficiente e 8,4% apresentava um nível de literacia geral excelente.

Em Portugal, 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, segundo Pedro et al. (2016). Referindo o mesmo autor que no domínio cuidados de saúde, apenas 44,2% apresenta um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde. No que respeita ao domínio prevenção da doença, cerca de 45% dos inquiridos revela ter um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde, no domínio promoção da saúde, 60,2% da população auscultada apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado (Pedro et al. 20216)

Também Ribeiro et al. 2022 no seu estudo refere que em Lisboa, “os níveis de LS dos estudantes do ensino superior que frequentam cursos de saúde não são os desejados, uma vez que 42,3% apresentam níveis de literacia geral em saúde problemáticos ou inadequados. É fundamental não negligenciar estes resultados, e perceber que também os futuros profissionais de saúde carecem de competências essenciais, como a LS. Também se concluiu que a LS é determinada por fatores sociodemográficos, principalmente a situação económica e o ano de curso” (Ribeiro et al., 2022).

Interpretando os dados da população em estudo face ao nível de literacia em saúde por domínios: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, no intuito de responder à questão “que domínios da literacia em saúde são auto percecionados pelos PS das USF da ULS?”, nos resultados encontrados (Tabela 6) verificou-se que:

- O score médio de LS no domínio dos cuidados de saúde situou-se no 31,07 correspondendo a um nível de LS problemático;
- O score médio de LS no domínio da prevenção da doença situou-se no 27,50 correspondendo a um nível de LS problemático;
- O score médio de LS no domínio da promoção em saúde situou-se no 28,12 correspondendo a um nível de LS problemático.

Tabela 6

Valores por de literacia por domínio por índice e por score¹

| Domínio | Pergunta | Índice | Índice por domínio | Score | Score por domínio |
|---------|----------|--------|--------------------|-------|-------------------|
| CS | 1 | 0.75 | 0.725 | 31.25 | 31.07 |
| | 2 | 0.6 | | 27.91 | |
| | 3 | 0.775 | | 32.08 | |
| | 4 | 0.875 | | 35.41 | |
| | 5 | 0.5 | | 25.41 | |
| | 6 | 0.7 | | 30.83 | |
| | 7 | 0.9 | | 34.58 | |
| PD | 8 | 0.425 | 0.55 | 23.75 | 27.5 |
| | 9 | 0.7 | | 32.5 | |
| | 10 | 0.825 | | 35 | |
| | 11 | 0.425 | | 23.75 | |
| | 12 | 0.375 | | 22.5 | |
| PS | 13 | 0.6 | 0.6125 | 28.75 | 28.12 |
| | 14 | 0.6 | | 27.91 | |
| | 15 | 0.55 | | 25.83 | |
| | 16 | 0.7 | | 30 | |

¹ As colunas índice e índice por domínios os valores atribuídos baseiam-se na classificação de Pedro et al. (2023), sendo os devidos valores classificados como 0 e 1 de acordo com o

anteriormente explicado, contudo, os valores das colunas Score e Score por domínio advém da classificação estabelecida por Sørensen et al. (2015).

Verificando-se consonância dos resultados com o panorama a nível nacional e internacional conforme identificado na *scoping review* que se desenvolveu no decorrer desta investigação. A maioria dos estudos remetem-se para a literacia em saúde dos clientes, não se podem ignorar os profissionais de saúde sendo simultaneamente profissionais e clientes do SNS, todos convergem na ideia que a literacia em saúde é um determinante sistémico; fortemente dependente das competências, atitudes e praticas dos profissionais de saúde (Ahmed et al., 2022; Nash et al., 2024; Langham et al., 2022). Neste sentido os níveis problemáticos identificados no estudo reforçam a ideia de que mesmo profissionais altamente escolarizados apresentam dificuldades, nomeadamente nas dimensões da avaliação crítica e aplicação da informação de acordo com o descrito na literatura.

Ao analisar item por item da escala constatou-se maior facilidade nas tarefas associadas à compreensão de instruções clínicas e à interação com profissionais de saúde. Em contraste, surgiram maiores dificuldades nas questões relacionadas com a avaliação crítica da informação, nomeadamente a necessidade de uma segunda opinião médica, a avaliação da fiabilidade da informação dos meios de comunicação social e a tomada de decisões com base nessa informação.

As questões relacionadas com a saúde mental e o bem-estar revelam igualmente níveis mais elevados de dificuldade percebida, transversalmente às categorias profissionais. Confirmando que a literacia em saúde ultrapassa o conhecimento técnico, exigindo competências reflexivas, críticas e emocionais, mesmo em populações altamente escolarizadas.

Em consonância com Nutbeam (2000) e Pedro et al. (2016), os dados reforçam que a literacia em saúde deve ser entendida como um determinante sistémico, exigindo uma abordagem holística e integrada. Assim, a promoção da literacia em saúde requer estratégias estruturais, educativas e comunicacionais articuladas, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (2016), assumindo-se como um eixo central para o empoderamento dos cidadãos e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Nesta linha o Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde (2019) refere que a qualificação dos profissionais, pela formação

e a agradabilidade dos locais de trabalho facilitam a transmissão e a comunicação de informação bem como a promoção da literacia em saúde.

Neste âmbito o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem aqui uma vasta área de intervenção de acordo com as fragilidades identificadas nos diferentes domínios da literacia em saúde e das estratégias promotoras de saúde. na promoção do acesso à informação em saúde, face às dificuldades significativas no acesso à informação fidedigna, nomeadamente em contexto digital e mediático, assumindo um papel ativo na criação e divulgação de materiais informativos acessíveis de forma a reduzir desigualdades no acesso à informação. Facilitando a compreensão da informação com a utilização de práticas comunicacionais eficazes, facilitando a compreensão e promovendo decisões de saúde mais informadas.

Estimulando o desenvolvimento da capacidade de avaliação crítica, sendo a avaliação da informação uma das maiores dificuldades identificadas, o incentivar o pensamento crítico, a literacia digital com identificação de fontes confiáveis, promovendo a discussão e a tomada de decisão informada, por forma a fortalecer a autonomia individual e o papel ativo nos cuidados de saúde.

No que se refere ao apoio à aplicação da informação em contextos de cuidados, onde também são evidenciadas dificuldades na utilização correta de informações e na adesão a recomendações de saúde, o desenvolvimento de planos de ação personalizados ajustados às necessidades de individuais, monitorizando e apoiando a implementação das recomendações de saúde, bem como implementando estratégias de educação para a saúde contínuas, promovendo comportamentos saudáveis e a gestão autónoma da saúde, consciente que o acompanhamento próximo e sistemático permite reduzir o erro na aplicação da informação melhorando os resultados em saúde.

Desempenhando o seu papel de liderança e coordenação em equipas multiprofissionais colaborando em ações educativas, na formação de colegas e na avaliação contínua da eficácia das intervenções em literacia em saúde, com base em evidências, tendo uma atuação proativa na construção de comunidades mais informadas e saudáveis, reforçando a importância dos cuidados de saúde primários na comunidade.

Em resposta à subquestão de investigação: “Quais as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde das USF da ULS nos domínios da literacia em saúde?”

A análise qualitativa dos dados permitiu compreender as perceções dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar relativamente às competências

e estratégias associadas à literacia em saúde enquanto determinante de saúde e ao papel dos profissionais de saúde na capacitação dos utentes.

A articulação entre os dois temas, *Competências de literacia em saúde e Estratégias promotoras de literacia em saúde*, evidencia a complementaridade entre perceção e ação, sustentando o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária como agente transformador, educativo e promotor de equidade em saúde.

Analisando os dados obtidos nas questões abertas por grupo profissional, destacou-se uma visão abrangente sobre as perceções e experiências dos enfermeiros, médicos e assistentes técnicos em relação à literacia em saúde das pessoas.

Na dimensão do **acesso à informação**, os profissionais relataram dificuldades relacionadas com a exposição dos utentes a informação incorreta, sobretudo através da internet e das redes sociais. Estes achados coadunam-se com a literatura que aponta a literacia em saúde como influenciada por fatores externos, nomeadamente os sistemas de informação e comunicação em saúde (Sørensen et al., 2012; Arriaga et al., 2023). A dificuldade em identificar fontes fidedignas e em filtrar informação corroborou igualmente a perspetiva de Vaz de Almeida (2019), que refere que a simples disponibilidade da informação não garante o seu acesso efetivo nem a sua utilização adequada.

De acordo com Nash et al. (2024) identificou-se a necessidade de estratégias estruturadas de resposta à literacia, incluindo a mediação do acesso e a adaptação dos canais comunicacionais. Por outro lado, Langham et al. (2022) reforçam que a baixa literacia não é responsabilidade do cidadão, mas sim do sistema e dos profissionais, exigindo uma comunicação acessível e contextualizada.

De igual modo, o Plano Nacional de Saúde 2020–2030 (DGS, 2019) refere que a transição digital deve ser apoiada por investimentos reforçados nas áreas da digitalização das empresas e do Estado, bem como na capacitação e inclusão digital das pessoas, através da educação, da formação em competências digitais e da promoção da literacia digital

A **compreensão da informação** emergiu como uma competência fragilizada, sobretudo devido a barreiras linguísticas, cognitivas e socioculturais, em consonância com os pressupostos de Nutbeam (2000), que associou níveis mais baixos de literacia funcional a dificuldades na compreensão de mensagens em saúde. Os profissionais de saúde reconheceram que a linguagem técnica frequentemente utilizada nos cuidados de saúde não se adequava ao nível de escolaridade e às características da população,

o que confirmou a importância da comunicação clara e adaptada, amplamente defendida pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2021).

Também Ahmed et al. (2022), demonstram que a comunicação clara, empática e adaptada é fundamental para o cuidado centrado na pessoa e para a tomada de decisão partilhada; bem como Nash et al. (2024), que identificam a comunicação simples, bidirecional e multimodal como um dos pilares da capacidade de resposta à literacia em saúde. Valorizando a linguagem simples, analogias visuais e teach-back.

Relativamente à **avaliação da informação**, os resultados evidenciaram limitações na capacidade crítica dos utentes para distinguir informação fidedigna de desinformação, reforçando o que Nutbeam (2000) descreve como défice de literacia crítica. Esta fragilidade foi associada à tomada de decisões inadequadas e à delegação excessiva da responsabilidade no sistema de saúde, aspeto já identificado na literatura como um fator que compromete a autonomia e o empoderamento das pessoas (Nutbeam, 2008; Berkman et al., 2011).

Corroborando com o referido na *scoping review*, Nash et al. (2024), referem que a avaliação crítica e o empowerment são menos frequentes na prática, apesar de reconhecidos como essenciais,

A ausência de pensamento crítico e a tendência à desresponsabilização individual, pode resultar em expectativas irrealistas em relação aos tratamentos, um fenómeno já observado na literatura (Kickbusch et al., 2013)

No que se refere à **aplicação e utilização da informação**, os profissionais de saúde, identificaram dificuldades na utilização adequada dos recursos do Serviço Nacional de Saúde, incluindo o recurso excessivo aos serviços de urgência. Estes resultados foram coerentes com os dados nacionais apresentados por Almeida (2019), que associaram baixos níveis de literacia em saúde a uma utilização ineficiente dos serviços de saúde. Simultaneamente, as estratégias descritas pelos profissionais (como a correção de mitos, a construção de materiais orientadores e o incentivo à responsabilidade individual) refletiram práticas alinhadas com a promoção da autonomia e da tomada de decisão informada, conforme defendido por Sørensen et al. (2012). Também Langham et al. (2022), sublinham que estratégias simples como o teach-back e a correção de mitos são eficazes, mas ainda subutilizadas.

Em consonância com Corry et al. (2021), que demonstram que a literacia em saúde é um facilitador essencial da adesão, da autogestão e da continuidade dos

cuidados; também Ahmed et al. (2022), associam a aplicação eficaz da informação à relação terapêutica, empatia e envolvimento ativo do utente.

As estratégias promotoras de literacia em saúde autopercecionadas pelos profissionais de saúde evidenciaram uma forte consonância com os princípios da promoção da saúde nos cuidados de saúde primários. A valorização da comunicação digital, da proximidade comunitária e da adaptação da linguagem confirmou a perspetiva da promoção da saúde como um processo de capacitação, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (1986, citada por Laverack, 2004).

As **estratégias promotoras de acesso** refletiram a importância atribuída à acessibilidade e à equidade, princípios estruturantes dos cuidados de saúde primários, conforme estabelecido na Declaração de Alma-Ata (World Health Organization, 1978). A utilização de materiais informativos, campanhas comunitárias e plataformas digitais foi consistente com as orientações do Programa Nacional de Literacia para a Saúde, cuidados centrados nas pessoas e comunidades, que preconiza abordagens integradas e multicanais para a disseminação da informação em saúde (Arriaga et al., 2023).

Em consonância com a reflexão realizada, Ahmed et al. (2022), referem que os cuidados centrados na pessoa em cuidados de saúde primários foram mais eficazes quando os profissionais comunicaram de forma clara, empática e adaptada às necessidades e capacidades dos utentes, particularmente daqueles com baixos níveis de literacia em saúde.

No âmbito das **estratégias promotoras da compreensão**, a adaptação da linguagem e a utilização de recursos visuais e educativos confirmaram a relevância da educação para a saúde enquanto componente essencial da promoção da saúde, conforme defendido por Laverack (2004). A referência à técnica de teach-back evidenciou práticas alinhadas com recomendações internacionais para a melhoria da comunicação em saúde e para a verificação da compreensão efetiva das mensagens transmitidas (WHO, 2013). Também (Ha Dinh et al., 2016) referem que técnicas como o teach-back e a escuta ativa são valorizadas pelos enfermeiros como formas de verificar a assimilação da informação — estratégias reconhecidas como boas práticas comunicacionais (Ha Dinh et al., 2016).

As **estratégias promotoras da capacidade de avaliação** centraram-se no estímulo ao pensamento crítico e à tomada de decisão informada, reforçando o papel dos profissionais enquanto facilitadores da literacia crítica, conforme descrito por Nutbeam (2000). Estas estratégias mostram-se particularmente relevantes face à

elevada exposição à desinformação em saúde, fenómeno amplamente discutido na literatura atual.

Quanto as **estratégias promotoras da aplicação/ utilização da informação**, nomeadamente as ações de educação para a saúde e a orientação para a utilização adequada dos recursos, evidenciaram a atuação dos profissionais de saúde como agentes ativos na capacitação dos utentes. Este papel foi especialmente visível no grupo dos enfermeiros, em consonância com as competências atribuídas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros (2018).

De forma global, os resultados do estudo confirmaram que a literacia em saúde foi percecionada como uma responsabilidade partilhada entre os diferentes grupos profissionais, refletindo uma abordagem interdisciplinar consistente com a literatura. O grupo dos Assistentes Técnicos assumiram um papel central no acesso e orientação inicial no sistema de saúde; o grupo dos Enfermeiros destacaram-se na facilitação da compreensão, avaliação e adesão; e o grupo dos Médicos assumiram um papel determinante na validação da informação e na promoção da tomada de decisão informada. Esta complementaridade reforçou os pressupostos teóricos que sustentaram o estudo, evidenciando a relevância da literacia em saúde como pilar fundamental da promoção da saúde nos cuidados de saúde primários e da qualidade dos cuidados prestados à comunidade.

8 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar (USF) de uma Unidade Local de Saúde, bem como identificar os domínios da literacia em saúde auto percebidos e analisar as estratégias desenvolvidas por estes profissionais nos diferentes domínios da literacia em saúde. A opção por uma metodologia mista permitiu uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo, integrando a análise quantitativa dos níveis de literacia em saúde com a interpretação qualitativa das perceções e práticas dos profissionais.

Os resultados obtidos através da aplicação da escala HLS-EU-PT-Q16, indicaram que os profissionais de saúde participantes apresentam, de forma global, níveis de literacia em saúde maioritariamente classificados como problemáticos. Ainda assim, observou-se uma maior facilidade relativa na dimensão da compreensão da informação, particularmente na interpretação de instruções clínicas e na interação com outros profissionais de saúde. Este achado encontrou-se em consonância com a literatura nacional e internacional, que reconhece nos profissionais de saúde competências técnicas consistentes, embora identifique fragilidades nas dimensões do acesso, da avaliação crítica e da aplicação da informação em saúde. Estas dificuldades tornaram-se mais evidentes quando os processos comunicacionais implicam adaptação às características individuais, sociais e culturais dos utentes, reforçando a necessidade de estratégias comunicacionais e educativas ajustadas e contínuas.

A análise por domínios — cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde — revelou que todos apresentaram scores médios correspondentes a níveis problemáticos de literacia em saúde, não se identificando um domínio claramente mais fortalecido. Estes resultados mostraram-se consistentes com o panorama nacional descrito em estudos anteriores e com a evidência internacional identificada na scoping review, confirmando que a literacia em saúde constitui um desafio transversal, mesmo entre profissionais de saúde.

A análise qualitativa permitiu aprofundar a compreensão destes resultados, evidenciando fragilidades particularmente marcadas nas dimensões da avaliação crítica e da aplicação da informação. Os profissionais reconheceram dificuldades dos utentes — e, por extensão, do próprio sistema — na distinção entre informação fidedigna e desinformação, na tomada de decisão informada e na utilização adequada dos recursos

de saúde. Estas fragilidades foram associadas à elevada exposição à informação digital e mediática, às desigualdades socioculturais e à complexidade crescente dos sistemas de saúde.

Revelando a análise qualitativa uma conceção integrada e abrangente da literacia em saúde, entendida pelos profissionais não apenas como domínio de conhecimento técnico, mas como uma competência relacional, comunicacional e ética, essencial à qualidade dos cuidados. Destacando-se o reconhecimento transversal do papel dos enfermeiros, em particular dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, enquanto mediadores do processo de literacia em saúde, assumindo funções de educadores, facilitadores e capacitadores dos cidadãos e das comunidades.

Simultaneamente, emergiram estratégias promotoras de literacia em saúde desenvolvidas pelos profissionais, destacando-se a adaptação da linguagem, a utilização de recursos visuais e educativos, a verificação da compreensão através de técnicas como o *teach-back*, a correção de mitos e a orientação para a utilização adequada dos serviços de saúde. Estas estratégias evidenciaram uma prática alinhada com os princípios da promoção da saúde e dos cuidados centrados na pessoa, ainda que de forma heterogénea entre os diferentes grupos profissionais.

No entanto apesar da diversidade de estratégias referidas, os resultados sugerem que estas são frequentemente desenvolvidas de forma individual e pouco sistematizada, dependendo da sensibilidade e experiência de cada profissional, o que evidencia a necessidade de maior estruturação organizacional e institucional da promoção da literacia em saúde nas USF da ULS.

A articulação entre os resultados do estudo e a evidência científica permitiu confirmar que a literacia em saúde foi percecionada como um determinante sistémico da saúde, dependente não apenas das competências individuais dos utentes, mas também das atitudes, práticas e capacidades de resposta dos profissionais de saúde e das organizações. A complementaridade entre assistentes técnicos, enfermeiros e médicos revelou-se fundamental na promoção da literacia em saúde, evidenciando a importância de abordagens interdisciplinares nos cuidados de saúde primários.

Do ponto de vista das implicações para a prática profissional, os resultados deste estudo reforçam a importância de integrar a literacia em saúde como uma competência transversal e estruturante da atuação dos profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários. Torna-se fundamental investir na formação inicial e contínua dos

profissionais, com enfoque no desenvolvimento de competências comunicacionais, pedagógicas e críticas, que permitam adequar a informação às necessidades e contextos dos cidadãos, reduzindo desigualdades em saúde e promovendo a utilização adequada dos recursos do sistema de saúde.

Ao nível organizacional, os achados apontaram para a necessidade de implementar estratégias institucionais concertadas de promoção da literacia em saúde, alinhadas com o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento e com os objetivos do Plano Nacional de Saúde 2020–2030. A integração de protocolos, materiais educativos acessíveis, utilização consciente das ferramentas digitais e promoção do trabalho interdisciplinar poderá potenciar intervenções mais eficazes e sustentáveis, com impacto nos ganhos em saúde individual e comunitária.

Neste contexto, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária destacou-se como particularmente relevante, dadas as suas competências na promoção da saúde, educação para a saúde, capacitação das pessoas e comunidades e coordenação de intervenções em contextos comunitários. As fragilidades identificadas nos diferentes domínios da literacia em saúde evidenciaram oportunidades de intervenção ao nível da promoção do acesso à informação fidedigna, da facilitação da compreensão através de práticas comunicacionais eficazes, do estímulo ao pensamento crítico e da promoção da aplicação adequada da informação em contextos reais de cuidado.

Relativamente às implicações para a investigação, os resultados sublinharam a pertinência de aprofundar o estudo da literacia em saúde dos profissionais de saúde, nomeadamente através de investigações longitudinais, estudos comparativos entre diferentes contextos organizacionais e análises do impacto de programas estruturados de capacitação profissional. Sugerindo-se, igualmente, a exploração da relação entre a literacia em saúde dos profissionais e os resultados em saúde dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos cuidados prestados.

Como limitações do estudo, salienta-se o recurso a uma amostra intencional circunscrita a uma única Unidade Local de Saúde, o que condiciona a generalização dos resultados. Acresce o carácter transversal do estudo, que não permite avaliar a evolução das competências de literacia em saúde ao longo do tempo. Ainda assim, os resultados obtidos constituem um contributo relevante para o conhecimento científico na área da literacia em saúde e para a reflexão crítica sobre a prática profissional nos cuidados de saúde primários.

Em síntese, o estudo permitiu concluir que a literacia em saúde dos profissionais de saúde das USF da ULS apresentou-se maioritariamente em níveis problemáticos, refletindo um desafio estrutural e sistémico. A integração dos resultados quantitativos e qualitativos reforçou a necessidade de investir na formação contínua dos profissionais de saúde, no desenvolvimento de competências comunicacionais e críticas e na implementação de estratégias organizacionais promotoras da literacia em saúde. Estes aspetos assumem-se como fundamentais para o empoderamento das pessoas, a equidade em saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, reforçando o papel central dos cuidados de saúde primários e da enfermagem comunitária na construção de comunidades mais informadas, capacitadas e saudáveis.

9- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, A., van den Muijsenbergh, M. E. T. C., & Vrijhoef, H. J. M. (2022). Person-centred care in primary care: What works for whom, how and in what circumstances? *Health & Social Care in the Community*, 30, e3328–e3341. <https://doi.org/10.1111/hsc.13913>
- Almeida, C. V. (2016). *Literacia e a capacitação dos profissionais*. Associação Portuguesa de Documentação e Informação de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/28561>
- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook].
- Almeida, C., Silva, C., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., Maltez, H., Luis, H., Filipe, J., Moutão, J., Lorangeira, J., Cid, L., Menezes, M., Ferreira, M., Loureiro, M., Correia, M., Silva, N., Barbosa, P., Carvalho, P., Silva, P., Francisco, R., Horgan, R., & Assunção, V. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Amendoeira J., Silva M., Ferreira, R. & Dias, H. (2022) *Revisão Sistemática de Literatura -A Scoping Review*. Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., Mata, F., Monterozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). Plano Nacional de Literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030. Direção Geral de Saúde. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Direção-Geral da saúde.
- Bardin, L. (2022). *Análise de Conteúdo*. Almedina.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-000054>
- Brega, A. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Weiss, B. D., DeWalt, D. A., Brach, C.,

- Cifuentes, M., Albright, K., & West, D. R. (2015). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical.
- Chevrier, Jacques. 2003. A especificação da problemática. [autor do livro] Benoît Gauthier. *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. 3ª ed. Loures : Lusociência-Edições Técnicas e Científicas Lda, 2003.
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013) [versão de outubro de 2013]. <https://www.wma.net/declarac%cc%a7a%cc%83o-de-helsinque/>
- Decreto Lei n.º 118/2014 (2014). Ministério da saúde. Diário da República, I série – N.º 149- 5 de agosto de 2014. P. 4069 – 4071. <https://files.dre.pt/1s/2014/08/14900/0406904071.pdf>
- Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. *Diário da República*, 1º série – N.º 215.
- Despacho n.º 6860/2018 (16 de julho de 2018). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 (Relatório)*. Ministério da Saúde. <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 em consulta pública até 7 de maio*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Heidmann, I., Almeida, M., Boebr, A., Wosny, A., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica e suas concepções, *Texto Contexto Enferm*, 15 (2), p.352-358.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization, Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Langham, R. G. (2022). *Kidney health for all: Bridging the gap in kidney health education and literacy*. *Kidney International Reports*, 7(2–3), 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2022.10.004>
- Laverack, G. (2004). *Promoção de saúde Poder e Empoderamento*. Lusodidacta.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: Poder e Empoderamento*. Lusodidacta.
- McLeod, S. (2024). *Mixed methods research*. Simply Psychology. <https://www.simplypsychology.org/mixed-methods-research.html>

- Ministério da Saúde (2024). Área dos CSP da ULS Estuário do Tejo. Serviço Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/934/30024/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2024). *Plano de Emergência da Saúde* (29 de maio de 2024). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2024/06/Plano-de-Emergencia-da-Saude.pdf>
- Nash, R., Choi-Lundberg, D., Eccleston, C., Elmer, S., Melis, G., Douglas, T., Eslick, M., Triffett, L., Mather, C., Maxwell, H., Martin, R., Truong, P., Sward, J., Watkins, K., & Bird, M.-L. (2024). *Measuring health professionals' capability to respond to health consumers' health literacy needs: A scoping review. Health Promotion International*, 39, 171. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae171>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem, Teoria e Prática*. Lidel.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Chiado Editora.
- Nutbeam D. (2008). *The evolving concept of health literacy. Social science & medicine* (1982), 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ordem dos enfermeiros (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 366/2018, de 14 de junho: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica (Diário da República n.º 113/2018, 2.ª série, pp. 16656–16663)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- Organização das Nações Unidas. (2015). *Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável*. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental.
- 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), S19–S26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>

- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). *Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação – tradução validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Protugal, *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 136. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pedro, A.R.; Raposo, B.; Luís, L.; Amaral, O.; Escoval, A.; Simões Dias, S. Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 2892. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>
- Portugal. Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 216/2023. <https://dre.pt>
- Portugal. Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 118/2017. <https://dre.pt/home/-/dre/3006133>
- Ribeiro, A. I. A. de A. (2022). *Níveis de literacia em saúde de estudantes em cursos de saúde* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). Repositório do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/15202>
- Rowlands, G., Tabassum, B., Campbell, P., Harvey, S., Vaittinen, A., Stobbart, L., Thomson, R., Wardle-McLeish, M., & Protheroe, J. (2020). *The evidence-based development of an intervention to improve clinical health literacy practice*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1513. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051513>
- Smith, G. (2021). Health literacy: A nursing perspective. *Revista de Enfermagem Referência*, 8(5), 1-4. <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrofotis, D., Uliters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van Den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (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, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M et al., (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development processo of the European Health Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMS Saúde Pública* (13), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lusociência.
- Vaz de Almeida, C. (2019). De costas voltadas? Como a comunicação e a literacia em saúde nos põem frente-a-frente. <https://apatrria.org/saude/de-costas-voltadas-como-a-comunicacao-e-a-literacia-em-saude-nos-poem-frente-a-frente/>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação o processo de construção de conhecimento*. 3ª Ed. Edições Sílabo. Lisboa
- World Health Organization (WHO). (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. Rowlands, G., Protheroe, J., Winkley, J., Richardson, M., Seed, P. T., & Rudd, R. (2015). A mismatch between population health literacy and the complexity of health information: an observational study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 65(635), e379–e386. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X685285>
- World Health Organization. (2016). *Shanghai Declaration on Health Promotion in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://www.who.int/docs/default-source/integrated-health-services-%28ihs%29/tci/shanghai-declaration-2016.pdf~>
- World Health Organization (2019). *Improving Health Literacy*. <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
- World Health Organization (2021, 6 December). *Health Promotion Glossary of Terms*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- World Health Organization (1978). International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2

ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A - Scoping Review

CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

ÂNGELA MADURO¹
CELESTE GODINHO²
ANA SPINOLA³

RESUMO

Introdução: No quotidiano, ao vivermos em comunidade é frequente ouvirmos as pessoas comentarem, de diferentes formas, tanto positiva como negativamente os serviços de saúde e a prestação dos cuidados de saúde pelos diferentes profissionais. Sendo também comum, de acordo com a posição que se ocupa tornar a responsabilidade do funcionamento e prestação de cuidados, deficientes ao lado oposto, ou seja, é frequente ouvir os utentes culpabilizarem os serviços de saúde e os seus profissionais pela prestação deficiente, bem como, os profissionais de saúde referirem que a excessiva utilização e algumas vezes indevida dos serviços de saúde por parte dos utentes, levando a uma subcarga dos mesmos e a uma prestação de cuidados deficiente. Perante tal situação considerou-se pertinente tentar compreender o que leva conceitos tão dispares da prestação de cuidados quando o objetivo comum é a saúde de uma população, tendo por base a prestação de cuidados de saúde primários onde a promoção da saúde da comunidade é um dos pilares. Desta forma, suscita-nos a curiosidade sobre qual a perceção dos outros profissionais sobre esta temática.

Objetivo: Caracterizar o conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde em cuidados de saúde primários.

Método: A presente scoping review foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute. Reconhecendo a importância da evidência

¹ USF Samora Correia – ULS Estuário do Tejo; Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, Samora Correia, Portugal

² Escola Superior De Saúde, Instituto Politécnico De Santarém

³ Escola Superior De Saúde, Instituto Politécnico De Santarém

científica, devendo esta ser conjugada com fatores humanos e contextuais será desenvolvido uma revisão sistemática, tendo como restrição de pesquisa os últimos cinco anos e os idiomas português e inglês. Ao refletirmos sobre os critérios de inclusão, no que se refere à população, considerámos pertinente incluir: médicos (inclusive os em formação pré-carreira medica), enfermeiros e assistentes técnicos, em virtude de estes constituírem as equipas multiprofissionais que prestam cuidados de saúde à população. No que concerne aos conceitos, salientamos literacia em saúde, tomada de decisão. Quanto ao contexto considerámos os cuidados de saúde primários uma vez que estes tem experimentado uma grande reforma nos últimos anos, com as USF que permitem o alargamento da cobertura de cuidados de saúde à população, a nível individual e familiar, com equipas multiprofissionais constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. Permitindo o desenvolvimento de consultas de acompanhamento a grupos vulneráveis, nomeadamente de saúde infantil, saúde materna e vigilância de doentes crónicos (como diabéticos e hipertensos), fomentando a promoção da saúde tanto a nível pessoal como da comunidade.

Conclusão: Conclui-se que a literacia em saúde dos profissionais que atuam nos cuidados de saúde primários é um elemento essencial para a promoção da saúde e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Profissionais com níveis adequados de literacia em saúde demonstram maior capacidade de comunicação, tomada de decisão e promoção da autonomia dos utentes. O investimento na formação e capacitação contínua destes profissionais revela-se, assim, determinante para o fortalecimento das Unidades de Saúde Familiar e para a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis, tanto a nível individual como comunitário.

Palavras-chave: Health literacy, health professionals, primary health care, family health unit.

INTRODUÇÃO

No quotidiano, ao vivermos em comunidade, é comum observarmos diferentes perceções sobre os serviços de saúde: utentes frequentemente culpam os profissionais por falhas na prestação de cuidados, enquanto os profissionais atribuem dificuldades ao uso excessivo ou inadequado dos serviços. Esta divergência torna relevante compreender os fatores que influenciam a prestação de cuidados quando o objetivo comum é a promoção da saúde de uma população, especialmente no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em que a promoção da saúde comunitária é central. O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) reforça esta perspetiva colaborativa da enfermagem na obtenção de ganhos sensíveis aos cuidados de saúde.

A saúde, segundo a definição clássica da OMS, corresponde a um estado completo de bem-estar físico, mental e social, que se reflete na capacidade funcional, na participação social e no equilíbrio psicológico. Embora as pessoas raramente procurem uma saúde "excelente", procuram manter um nível que lhes permita cumprir os seus compromissos, sendo a relação custo-benefício fundamental nas decisões de autocuidado. A promoção da saúde, descrita pela OMS como o processo que capacita indivíduos a assumirem controlo sobre a própria saúde, assume assim um papel primordial.

A Carta de Ottawa (1986) reforçou a importância da promoção da saúde, propondo cinco estratégias essenciais: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, reorganização dos serviços de saúde e desenvolvimento de competências pessoais. Este enquadramento conduz ao conceito de empoderamento comunitário, entendido como o processo pelo qual indivíduos e comunidades ganham maior controlo sobre as suas decisões e condições de vida.

A literacia em saúde surge como elemento central deste processo, definida como a capacidade de aceder, compreender e utilizar informação para tomar decisões informadas em saúde. Trata-se de um determinante fundamental da saúde, influenciado por fatores individuais, sociais e pela forma como o sistema de saúde comunica com as pessoas. A investigação tem demonstrado que baixos níveis de literacia em saúde estão associados ao aumento de internamentos, maior recurso a urgências e menor adesão à prevenção.

A relevância da literacia em saúde tem sido reconhecida nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente no ODS 3, que incentiva a disseminação de informação qualificada e o fortalecimento da capacidade dos profissionais de saúde. Em Portugal, apesar de progressos, persistem lacunas nas dimensões dos cuidados de saúde e prevenção da doença, como demonstram relatórios recentes do Plano Nacional de Literacia em Saúde. Assim, a literacia em saúde permanece uma prioridade de intervenção e uma estratégia multissetorial essencial.

Importa destacar que a literacia em saúde não se refere apenas aos cidadãos: os profissionais de saúde também necessitam de competências sólidas de interpretação de informação, comunicação e tomada de decisão baseada em evidência. Profissionais com níveis reduzidos de literacia em saúde podem comprometer a segurança do doente, a eficácia dos cuidados e a transmissão de informação. Por este motivo, a capacitação profissional é indispensável.

Os Cuidados de Saúde Primários e, em particular, as Unidades de Saúde Familiar (USF), constituem um espaço privilegiado para o desenvolvimento da literacia em saúde. As USF, equipas multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento longitudinal da população, desempenham um papel decisivo na prevenção da doença, promoção da saúde e capacitação dos utentes ao longo do ciclo de vida. Investir na formação contínua, na comunicação acessível e na criação de ambientes facilitadores é essencial para promover a autonomia e reduzir desigualdades no acesso à informação em saúde.

Face a este enquadramento conceptual e à relevância da literacia em saúde enquanto determinante dos resultados individuais e coletivos, torna-se fundamental identificar o que a literatura científica evidencia sobre esta temática, especialmente no contexto dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.

Assim, o objetivo da scoping review será mapear e sintetizar a evidência existente sobre a literacia em saúde dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos que contribuam para a compreensão da questão de investigação.

Método

A presente scoping review será conduzida de acordo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, segundo este “a síntese de evidência é a interpretação de

estudos individuais dentro do contexto de conhecimento global para um determinado tópico. Essas sínteses fornecem uma base de conhecimento rigorosa e transparente para traduzir resultados de pesquisas em tomadas de decisão”. (Amendoeira, 2022, p.3).

Localização dos estudos

A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar estudos quantitativos, qualitativos e mistos, que contribuam para a compreensão da questão de investigação. Uma pesquisa inicial limitada em bases de dados científicas, PubMed, utilizando como limitadores universais o friso cronológico (últimos 5 anos); Full Text; Humans; Clinical Trial, Meta-Analyses, Systematic Review, English, Portuguese. Esta revisão considerará estudos que abordem a consulta de enfermagem na promoção de saúde. Utilizando como descritores Mesh: Health professionals – Profissionais de saúde, Health literacy – Literacia em saúde, Primary health care – Cuidados de saúde primários; assim como expressão de pesquisa: health professionals AND Health literacy AND primary health care.

Tabela 1

Estratégia de pesquisa na Pubmed, a abril de 2025.

| Pesquisa | Frase booleana | Artigos obtidos |
|-----------------|--|------------------------|
| #1 | Health professionals | 16 920 |
| #2 | Health literacy | 1.486 |
| #3 | Primary health care | 21.661 |
| #1 AND #2 | (Health professionals) AND (Health literacy) | 268 |
| #1 AND #3 | (Health professionals) AND (Primary health care) | 3.106 |
| #2 AND #3 | (Health literacy) AND (Primary health care) | 336 |

| | | |
|--------|---|----|
| #1 AND | (Health professionals) AND (Health literacy) AND (Primary | 72 |
| #2 AND | health care) | |
| #3 | | |

Review question(s): Qual o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde em cuidados de saúde primários?

Inclusion criteria

Participants

Esta revisão considerará estudos que incluam: profissionais de saúde

Concept

Esta revisão considerará estudos que incluam: literacia em saúde, tomada de decisão.

Context

Esta revisão considerará estudos em contexto de: cuidados de saúde primários.

Types of sources

Estudos quantitativos, qualitativos e mistos.

Search strategy

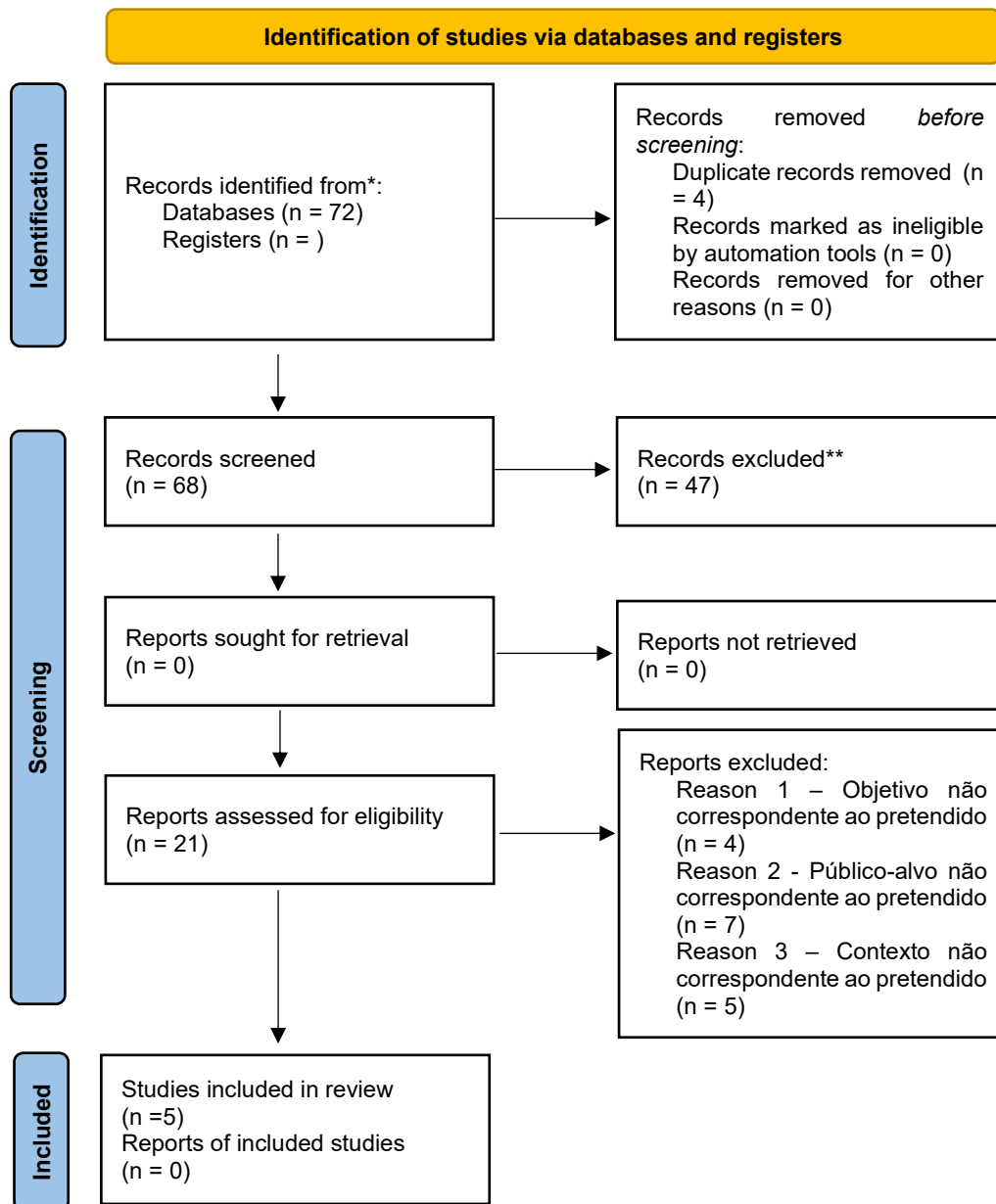
Study selection

O diagrama de fluxo (PRISMA 2020) foi elaborado tendo por base as pesquisas efetuadas na base de dados selecionada. Por conseguinte, foi possível chegar ao número total de artigos resultantes da pesquisa na base de dados PubMed. A primeira fase do PRISMA, designada Identification, identifiquei o número de artigos encontrados na base de dados referida, totalizando setenta e dois (72) artigos. Posteriormente, foram rejeitados quatro (4) artigos duplicados.

O Screening constitui a segunda fase do PRISMA, onde, após a análise dos títulos dos artigos encontrados foram excluídos quarenta e sete (47) artigos, bem como, pela leitura do abstract retirei vinte e seis (26) artigos, por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos, de acordo com o método PCC, nomeadamente no que se refere aos participantes. Assim, dos sessenta e oito (68) da segunda fase foram rejeitados os referidos artigos, restando vinte e um (21) para leitura integral, que se encontram apresentados no anexo IV. Dos vinte e um (21) referidos, quatro (4) foram excluídos pelo objetivo não corresponder ao pretendido, sete (7) pelo público-alvo não ser o pretendido e cinco (5) face ao contexto não corresponder à intenção.

Surge, assim, a terceira fase do PRISMA “Included”, onde se verifica um total de cinco (5) artigos, sendo estes de paradigma qualitativo, quatro scoping reviews e um ensaio clínico controlado randomizado de viabilidade tranjuridicional. Considerando que todos permitem responder à questão de revisão, para posterior análise e avaliação individual.

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Data extraction

Considerando o Appendix IV, documento específico no âmbito da extração de dados, no formato proposto pelo JBI, ocorre a utilização do mesmo como instrumento de sistematização da informação constante nos artigos em análise. Este apresenta-se organizado de acordo com a identificação da ScR em desenvolvimento, compreendendo nove (9) variáveis: autor(es), ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia/métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado (se aplicável), contributos para a questão de revisão.

Data presentation

Perante a questão de revisão definida inicialmente, surge a presente análise compreensiva que engloba cinco (5) artigos científicos que permitiram uma melhor compreensão da questão proposta. À luz dos conceitos que emergiram da questão, presentes no mapa conceptual os artigos selecionados permitem definir o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde em cuidados de saúde primários.

Acknowledgments

Agradeço à professora Ana Spínola pelo apoio, dedicação e disponibilidade.

Funding

Não foi recorrido a financiamento ou fundos.

Conflicts of interest

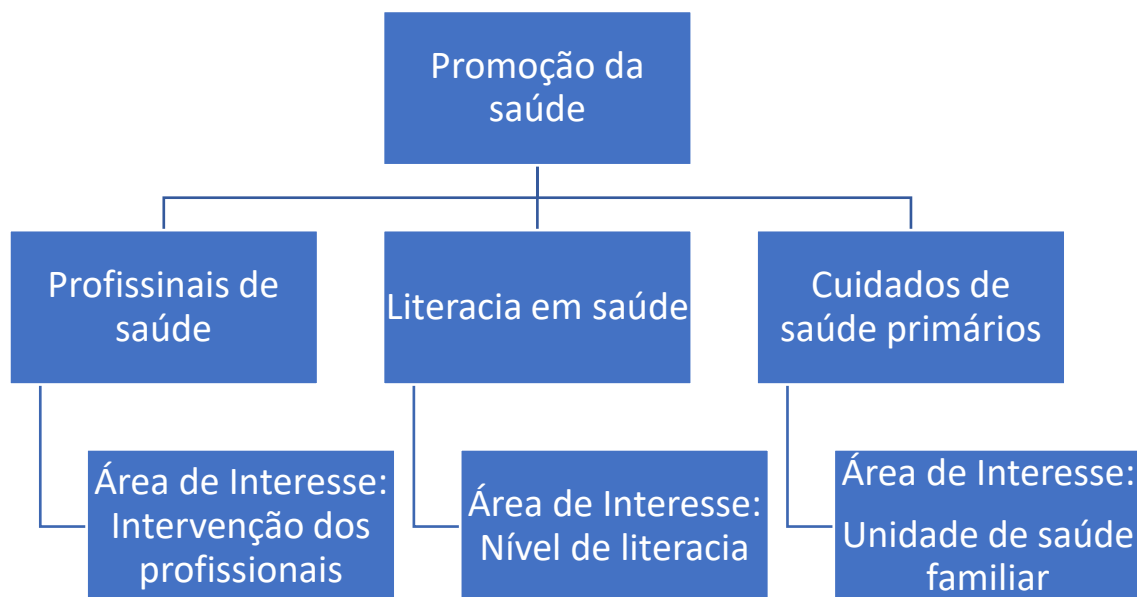
A autora não tem conflitos de interesses a declarar.

References

- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook].
- Almeida, C., Silva, C., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., Maltez, H., Luis, H., Filipe, J., Moutão, J., Larangeira, J., Cid, L., Menezes, M., Ferreira, M., Loureiro, M., Correia, M., Silva, N., Barbosa, P., Carvalho, P., Silva, P., Francisco, R., Horgan, R., & Assunção, V. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção Geral de Saúde.
- Amendoeira J., Silva M., Ferreira, R. & Dias, H. (2022) *Revisão Sistemática de Literatura -A Scoping Review*. Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., Mata, F., Monterozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). *Plano Nacional de Literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030*. Direção Geral de Saúde.
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Direção-Geral da saúde.
- Brega, A. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Weiss, B. D., DeWalt, D. A., Brach, C., Cifuentes, M., Albright, K., & West, D. R. (2015). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical.
- Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. *Diário da República*, 1º série – N.º 215.
- Heidmann, I., Almeida, M., Boebr, A., Wosny, A., & Monticelli, M. (2006). *Promoção à saúde: trajetória histórica e suas concepções*, *Texto Contexto Enferm*, 15 (2), p.352-358.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: Poder e Empoderamento*. Lusodidacta.
- Melo, P. (2022). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Ministério da Saúde (2024). *Área dos CSP da ULS Estuário do Tejo*. Serviço Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/934/30024/Pages/default.aspx>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem, Teoria e Prática*. Lidel.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Chiado Editora.
- Ordem dos enfermeiros (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável*. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental.
- Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). *Literacia em saúde, dos dados à ação – tradução validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal*, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 136.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lusociência.

Appendix I: Conceptual Map



Appendix II: Search strategy

#MEDLINE (Ovid)#

#abril, 2025#

| Search | Query – Cada Grupo, trabalha x descritores, permutando entre o x+1 e o x-1 | Records retrieved |
|---|--|-------------------|
| #1 | Health professionals | 16 920 |
| #2 | Health literacy | 1.486 |
| #3 | Primary health care | 21.661 |
| #1 AND #2 | (Health professionals) AND (Health literacy) | 268 |
| #1 AND #3 | (Health professionals) AND (Primary health care) | 3.106 |
| #2 AND #3 | (Health literacy) AND (Primary health care) | 336 |
| #1 AND #2 AND #3 | (Health professionals) AND (Health literacy) AND (Primary health care) | 72 |
| Limited to #in the last 5 years, Free full text, Clinical Trial, Meta-Analysis, Systematic Review, Humans, English, Portuguese# | | |

Appendix III: List of studies excluded with reasons

Estudo 1 – Apoiando mulheres submetidas a tratamento de fertilização invitro com atendimento oportuno ao paciente informação por meio de um aplicativo: ensaio clínico randomizado (Timmers, Kremer, Janssen & Smeenk, 2021) – Contexto não correspondente ao pretendido

Estudo 2 – Acesso aos serviços de atenção primária à saúde para adultos com deficiência na América Latina e no Caribe: uma revisão e meta-síntese de estudos qualitativos (Reichenbergera, Coronab, Shakespearea, Hameada, Penn-Lehanad & Kupera, 2024) -Objetivo não correspondente ao pretendido

Estudo 3 – Uma força de trabalho em saúde digitalmente competente: scoping review de estruturas educacionais (Nazeha, Pavagadhi, Kyaw, Car, Jimenez & Tudor, 2020) - Contexto não correspondente ao pretendido

Estudo 4 – Tomada de decisão compartilhada em consultas sobre dos musculoesquelética em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática (Sama, Sharmaa, Cordo, Igwesi-Chiodeb & Babatundeb, 2020) - Contexto não correspondente ao pretendido

Estudo 5 – Instruções de alta por vídeo para gastroenterite em um departamento de emergência: um ensaio clínico randomizado e controlado (Blanco, García, Soblechero, Castellanos, Capín, García, Rodriguez & Marañón, 2020) - Contexto não correspondente ao pretendido

Estudo 6 – Uma intervenção complexa na adesão à vacinação entre adultos mais velhos (60 anos) na Alemanha – um protocolo de estudo com um desenho de métodos mistos (Uthoff, Zinkevich, Franiel, Abaixo, Splieth, Iwen, Biedemann, Heinemier & Ansmann, 2023) – População não correspondente ao pretendido

Estudo 7 -Efeito de curto prazo de uma intervenção de promoção de saúde baseada no aplicativo de smartphone Electronic 12-Hours Dietary Recall (e-12HR) na adesão à dieta mediterrânea entre alunos do ensino fundamental profissional de saúde: ensaio clínico controlado randomizado (Béjar, Rodriguez & Perea, 2024) - Objetivo não correspondente ao pretendido

Estudo 8 – Conhecimento e expectativas dos paciente e oncologistas em relação ao sequenciamento mutagénico de próxima geração de tumores: uma narrativa análise (Shirdarreh, Azizia, Pezo, Jerak & Warner, 2021) - Contexto não correspondente ao pretendido

Estudo 9 – O efeito da literacia em saúde numa breve intervenção para melhorar Conclusão da Diretiva Antecipada: Um estudo controlado randomizado (Barker, Holland, Shore, Cook, Zhang, Warring & Hagen, 2021) – População não correspondente ao pretendido

Estudo 11 – Compreendendo a alfabetização física no contexto da saúde: uma scoping review rápida (Cornish, Fox, Fyfe, Pousette, Pelletier & Koopmans, 2020) – População não correspondente ao pretendido

Estudo 12 – Os efeitos da alfabetização na saúde em ciganos, roma e viajantes (GRT): Uma revisão sistemática e síntese narrativa (Dunn, Turner-Moss, Carpenter, Speed, Dixon & Blumenfeld, 2024) - População não correspondente ao pretendido

Estudo 13 – Barreiras e facilitadores percebidos por profissionais de saúde para implementação de intervenções de estilo de vida em pacientes com osteoartrite: uma scoping review (Bouma, Beek, Diercks, Woude, Stevens & Akker-Scheek, 2021) População não correspondente ao pretendido

Estudo 14 – Revisão sistemática do treinamento em finanças pessoais para médicas e um currículo proposto (Igu, Zakaria & Bar-Or, 2022) - Objetivo não correspondente ao pretendido

Estudo 16 – Conceitos-chave para escolhas informadas de saúde: Onde está a evidência? (Andrew, Oxman, Chalmers, Dahlgren, 2024) - Objetivo não correspondente ao pretendido

Estudo 17 – Influência do Modelo de Cuidados nos resultados da Autoavaliação do Diabetes Programa de educação em gestão: um scoping review (Kumah, Afriyie, Abuosi, Ankomah, Fusheini & Otchere, 2021) - População não correspondente ao pretendido

Estudo 21 – O impacto do ambiente de literacia em saúde no stress de paciente: uma revisão sistemática (Yeh & Ostini, 2020) - População não correspondente ao pretendido

Appendix IV: Data extraction instrument

| |
|---|
| <p>Appendix IV: Data extraction instrument (1)</p> <p>Título da Revisão: O conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma unidade local de saúde</p> <p>Questão: Qual o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde em cuidados de saúde primários?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: médicos (inclusive em formação pré-carreira medica), enfermeiros e assistentes técnicos</p> <p>Conceito: literacia em saúde e tomada de decisão</p> <p>Contexto: cuidados de saúde primários</p> |
| <p>➤ <u>Autor/es:</u> <i>Ana Ahmed, Maria ETC Van Den Muijsenbergh, Hubertus JM Vrijhoef</i></p> |
| <p>➤ <u>Ano da Publicação:</u> 2022</p> |
| <p>➤ <u>País de origem:</u> Holanda</p> |
| <p>➤ <u>Objetivos:</u> “...aims to explain how and why person- centred care (PCC) in primary care works (or not) among others for people with low health literacy skills and for people with a diverse ethnic and socioeconomic background, and to construct a middle- range programme theory (PT).” (p.1)</p> |
| <p>➤ <u>Metodologia/métodos:</u></p> <p><i>Paradigma: Qualitativo</i></p> <p>Desenho de estudo: “Peered reviewed- and non- peer- reviewed literature (Jan 2013– Feb 2021) reporting on PCC in primary care was included.” (p.1)</p> <p><i>“A rapid realist review (RRR) was conducted that followed the standard Realist and Meta- narrative Evidence Synthesis: Evolving Standards (RAMESES)...”</i> (p.3)</p> |
| <p>➤ <u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u> literatura revisada por pares e não revisada por pares (janeiro 2013 a fevereiro 2021), incluído um relatório sobre o PCC na atenção primária.</p> |

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Os resultados revelam que os profissionais de saúde devem ser treinados e equipados com o conhecimento e as habilidades para se comunicar efetivamente (em palavras fáceis de entender, enfaticamente, ouvindo atentamente, verificando se o paciente entende tudo) adaptados aos desejos, necessidades e possibilidades do paciente, o que pode levar a uma maior satisfação.

“In this RRR, the middle- range theory demonstrates that HCPs should be trained and equipped with the knowledge and skills to communicate effectively (in easy- to- understand words, em phatically, listening attentively, checking whether the patient under stands everything) tailored to the wishes, needs and possibilities of the patient, which may lead to higher satisfaction.”

“This way patients will be and feel more involved in their care process and in the shared decision- making process, which may result in improved concordance, and an improved treatment approach.”

Os autores no estudo constataam que uma atitude respeitosa e empática do profissional de saúde desempenha um papel importante no estabelecimento de um forte relacionamento terapêutico, causando melhores resultados em saúde.

“A respectful and em pathic attitude of the HCP plays an important role in establishing a strong therapeutic relationship causing improved health (system) outcomes.”

“Together with a good accessibility of care for patients, setting up a personalised care plan with all involved parties may positively affect the self-

management skills of patients.”

“Good collaboration within the team and between different domains is desirable to ensure good care coordination.”

O estudo salienta a importância entender a pessoa como um todo, além da doença apresentada, tratar o paciente como uma pessoa e não como uma doença, questões não médicas sendo consideradas relevantes, apoiar os pacientes em suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e existenciais, prestar atenção à história de vida do paciente, levar em conta em consideração as diferenças étnicas e socioeconômicas de saúde.

“understanding the whole person in addition to the presenting illness, treating the patient as a person and not a disease, non- medical issues being considered relevant, supporting patients in their physical, psychological, social and existential needs, paying attention to the patient's life story, taking into account ethnic and socio- economic health differences.”

“...strong communication skills among HCPs to facilitate shared decision-making and positive patient- provider relationships; having a certain level of control on health decisions and treatment plan(s); and patients being treated as an individual with their own preferences and needs, rather than simply as a patient with a disease.”

“. Also, team- based primary care was desirable due to the benefits of better collaboration among HCPs.”

“A framework on PCC approaches mentioned the core elements of communication (including communication between personnel at all levels in an organisation) and relationship- building skills as key players”

A conclusão deste artigo é que os profissionais de saúde devem ser treinados e estimulado a comunicar-se de forma empática, compreensível e culturalmente sensível, focado nos desejos, necessidades e possibilidades do paciente, para que a autogestão possa ser realizada tanto quanto possível. Além de exigir conhecimento e habilidades, é necessária uma boa acessibilidade ao cuidado, bem como a criação de planos de cuidado personalizados com o envolvimento ativo do paciente da sua família, para que estes possam resultar em melhores resultados na saúde, melhor concordância, maior satisfação e um tratamento centrado na pessoa mais adequado.

“HCPs should be trained and stimulated to communicate empathically, understandably, and culturally sensitive, focused on the wishes, needs, and possibilities of the patient, so that self- management can be realised as much as possible. In addition to requiring knowledge and skills, a good accessibility to care, as well as setting up personalised care plans with the active involvement of the patient (and his/her family) is required, so that these can result in improved health (system) outcomes, improved concordance, higher satisfaction and a more adequate person- centred treatment.”

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável): nível 2**

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

A salientar com contributo do artigo para a questão o facto dos profissionais de saúde deverem ser treinados e estimulado a comunicar-se de forma empática, compreensível e culturalmente sensível, focado nos desejos, necessidades e possibilidades do paciente, para que a autogestão possa ser realizada tanto quanto possível. Em consonância com Nutbeam (2008), a literacia em saúde nos profissionais de saúde influencia diretamente a qualidade da comunicação com o

cidadão, a tomada de decisão clínica e a adesão a orientações baseadas em evidências. Na mesma linha, profissionais com maior literacia em saúde comunicam melhor com a pessoa, facilitando a compreensão das orientações dadas e promovem melhores resultados em saúde (Rowlands et al., 2019).

O artigo refere ainda a importância do conhecimento e habilidades, sendo necessária uma boa acessibilidade ao cuidado, bem como a criação de planos de cuidado personalizados com o envolvimento ativo do paciente da sua família, para que estes possam resultar em melhores resultados na saúde, melhor concordância, maior satisfação e um tratamento centrado na pessoa mais adequado.

Neste âmbito de acordo com o manual de boas práticas de literacia em saúde – capacitação dos profissionais de saúde, a capacitação destes profissionais no desenvolvimento de estratégias de interação e comunicação com as pessoas, para melhorarem os seus níveis de Literacia em Saúde e tenham maior autonomia e reflexão crítica nas suas escolhas é um objetivo a atingir

Appendix IV: Data extraction instrument (2)

Título da Revisão: O conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma unidade local de saúde

Questão: Qual o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde em cuidados de saúde primários?

Critérios de Inclusão (PCC): População: médicos (inclusive em formação pré-carreira medica), enfermeiros e assistentes técnicos

Conceito: literacia em saúde e tomada de decisão

Contexto: cuidados de saúde primários

➤ **Autor/es:** Rosie Nash, Derek Choi-Lundberg, Claire Eccleston, Shandell Elmer, Gina Melis, Tracy Douglas, Melanie Eslick, Laura Triffett, Carey Mather, Hazel Maxwell, Romani Martin, Phu Truong, Jonathon Sward, Karen Watkins e Marie-Louise Bird

➤ **Ano da Publicação:** 2024

➤ **País de origem:** Inglaterra

➤ **Objetivos:** “to understand the extent and ways in which health professionals respond to healthcare users’ health literacy, identifying tools used to measure health literacy responsiveness and training to support the development of these attributes.” (p.1)

➤ **Metodologia/métodos:**

Paradigma: Misto

Desenho de estudo: “This scoping review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology” (p.2), “Using Covidence software and pre-determined inclusion/exclusion criteria, all articles were screened by two authors. Data were extracted using a researcher-developed data extraction tool. From the 1531 studies located, 656 were screened at title and abstract

and 137 were assessed at full text; 68 studies met the inclusion criteria and 61 were identified through hand searching resulting in 129 papers in total.” (p.1).

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

PubMed, CINAHL, Web of Science, Scopus

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Os resultados revelam que avaliar a alfabetização em saúde, métodos de ensino focados em adultos, comunicação simples, bidirecional e multimodal, adaptações para populações diversas e estratégias socio-relacionais são necessários para promulgar a capacidade de resposta da alfabetização em saúde.

“In summary, assessing health literacy, adult-focused teaching methods, plain, bidirectional and multimodal communication, adaptations for diverse populations and socio-relational strategies are required to enact health literacy responsiveness”

“The articles including education were analysed to determine the frequency of health literacy responsiveness elements. Articles reporting training differed from those that did not describe training in several areas of health literacy responsiveness, with significantly less emphasis on technology or multimedia options, reading aloud and trust, and somewhat less emphasis on digital literacy, encouraging clients to ask questions, shared decision making, respect and establishing existing social supports”

Segundo os autores uma recomendação desta revisão é que um guia interpretativo, incluindo os principais elementos, suas definições e uma série de exemplos desses elementos na prática, poderia ser desenvolvido para permitir que os profissionais de saúde implementem a capacidade de resposta da alfabetização em saúde de uma maneira apropriada e abrangente, relevante ao seu contexto.

“A recommendation from this review is that an interpretive guide, including the key elements, their definitions and a series of examples of these elements in practice could be developed to enable health professionals to enact health

literacy responsiveness in an appropriate and comprehensive manner relevant to their context.”

“First, plain, clear communication is the most common strategy adopting plain language and avoiding jargon.”

“Second, bidirectional communication approaches such as checking for understanding (teach-back), encouraging healthcare users to ask questions and using open-ended questions are also common.”

“Third, in providing information, limiting to a few concepts at a time and taking a universal precautions approach are regularly implemented.”

“Fourth, somewhat conversely, assessing clients’ health and/or general literacy was frequently implemented.”

“Fifth, the use of images, diagrams, models, or multimedia to support communication were collectively used often.

“Sixth, awareness of and adaptation for cultural and linguistic diversity, such as the use of translator services, were not uncommon.”

“Seventh, empowering clients through considering their beliefs and encouraging shared decision making were in a significant minority of studies.”

“These findings may inform the future development of a tool to assess the health literacy responsiveness of health professionals which combines the findings from the literature to inform a grounded approach for development.”

O estudo salienta a importância de identificar como os profissionais de saúde podem responder às necessidades de alfabetização em saúde, também fornecemos uma contagem de elementos e atributos em conjunto com informações sobre como os profissionais de saúde e estudantes podem ser treinados para desenvolver a capacidade de resposta à alfabetização em saúde.

“While we have also focused on identifying how health professionals can respond to health literacy needs, we have also provided a count of elements and attributes in conjunction with information about how health professionals

and students can be trained to develop health responsiveness, thus adding new insights to the international literature.”

“This may be driving continual professional development events to develop these skills in practice.”

A revisão fornece uma descrição abrangente e contemporânea dos elementos e atributos necessários para ser um profissional de saúde responsivo à alfabetização em saúde.

“This review provides a comprehensive and contemporary description of the elements and attributes required to be a health literacy-responsive health professional. This review collated and documented the existing tools and education programmes available for health professionals and individuals studying to become health professionals.”

“Given the important role health literacy plays in population health outcomes, policy, practice and educational research must support the development of health literacy-responsive health professionals into the future.”

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável): nível 2**

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

A salientar como contributo do artigo para a questão a importância de identificar como os profissionais de saúde podem responder às necessidades de alfabetização em saúde, também fornecer uma contagem de elementos e atributos em conjunto com informações sobre como os profissionais de saúde profissionais e estudantes podem ser treinados para desenvolver a capacidade de resposta à alfabetização em saúde.

Em concordância com a literacia em saúde é um determinante da saúde, que por sua vez é influenciado por um conjunto de fatores que se relacionam com características individuais com idade, sexo, situação socioeconómica, nível de escolaridade, situação profissional. Para além destes fatores também os externos às próprias pessoas interferem como os fatores sociais, culturais e o sistema de saúde em que se encontra inserido. Também a comunicação de forma positiva e a utilização de imagens adaptadas as características do público-alvo contribuem para a promoção da literacia em saúde (Arriaga et al.,

2023).

Appendix IV: Data extraction instrument (3)

Título da Revisão: O conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma unidade local de saúde

Questão: Qual o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde em cuidados de saúde primários?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: médicos (inclusive em formação pré-carreira medica), enfermeiros e assistentes técnicos

Conceito: literacia em saúde e tomada de decisão

Contexto: cuidados de saúde primários

➤ **Autor/es:** Dagmar Anna S. Corry, Gillian Carter, Frank Doyle, Patrick Gillespie, Kieran McGlade, Peter O’Halloran, Nina O’Neill, Emma Wallace, Kevin Brazil

➤ **Ano da Publicação:** 2021

➤ **País de origem:** Irlanda

➤ **Objetivos:** “aimed to elicit expert views of key health professionals on effective and sustainable implementation of a nurse-led, person-centred anticipatory care planning (ACP) intervention for older adults at risk of functional decline in a primary care setting.” (p.1)

➤ **Metodologia/métodos:**

Paradigma: Qualitativo

Desenho de estudo: “.in a trans-jurisdictional feasibility cluster randomized controlled trial consisting of home visits by research nurses who assessed participants’ health, ...” (p.1)

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** “técnica de bola de neve”, entrevista a profissionais de saúde, sendo os dados analisados segundo análise temática.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Competências clínicas e interpessoais essenciais do papel do enfermeiro do ACP foi identificado como a capacidade de realizar uma avaliação holística, triagem, saúde e assistência social navegação em sistemas de assistência, um nível de antiguidade e recebimento de treinamento específico do ACP; com habilidades e atributos essenciais incluir escuta ativa, empatia e compaixão.

“Essential clinical and interpersonal competencies of the role of ACP nurse have been identified as the ability to conduct a holistic assessment, triage, health and social care systems navigation, a level of seniority, and receiving ACP specific training; with key skills and attributes to include active listening, empathy and compassion.”

“GPs were thought to be best placed to provide anchorage for this partnership care model, although concerns have been voiced as to time requirements. GPs could play a significant role in the future delivery of care to those living with chronic conditions, but as part of a model in which the responsibility was shared across multidisciplinary teams and settings.”

“Patients stand to gain a greater understanding of both their future care needs and of ways in which they can prevent further functional decline and improve their quality of life.”

“Home visits, health education, a tailored regimen, and rapport building have the potential to increase adherence rates.”

“linkages with the voluntary and community sector where possible, multidisciplinary, relevant policy changes and standardisation, an identified pathway, GP / GP Federations (NI) and CHO (ROI) anchorage respectively, with support from Geriatrics; increasing public health literacy, perception and understanding of ACP; appropriate training as part of the nursing undergraduate programme; peer support and good supervision.”

A conclusão deste artigo é que apesar de sistemas de saúde diferentes os idosos em risco de declínio funcional partilham as mesmas necessidades de saúde e assistência social, sendo a intervenção de planeamento de cuidados antecipatórios (ACP) baseada nos cuidados de saúde primários, liderada por enfermeiros não só uma mais-valia para atender as necessidades atuais dos

utentes, mas também para aliviar a pressão sobre os cuidados de saúde secundários perspetivando uma reforma a longo prazo.

“The ACP intervention was perceived to be beneficial for most older patients with multimorbidity. Effective and sustainable implementation was said to be facilitated by accurate and timely patient selection, GP buy-in, use of existing structures within health systems, multidisciplinary and integrated working, ACP nurse training, as well as patient health literacy. Barriers emerged as significant work already undertaken, increasing workload, lack of time, funding and resources, fragmented services, and geographical inequalities.”

“... the primary care based, nurse led ACP intervention would not only be a very valuable tool in both meeting current patient needs and alleviating pressure on secondary care but also be a highly appropriate and timely service in light of the long-term reform plans.”

“Potential benefits of this preventative service model include better quality of life and fewer hospital and care home admissions.”

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** nível 2

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

A salientar como contributo do artigo para a questão embora com “ sistemas de saúde diferentes os idosos em risco de declínio funcional partilham as mesmas necessidades de saúde e assistência social, sendo a intervenção de planeamento de cuidados antecipatórios (ACP) baseada nos cuidados de saúde primários, liderada por enfermeiros não só uma mais valia para atender as necessidades atuais dos utentes mas também para aliviar a pressão sobre os cuidados de saúde secundários perspetivando uma reforma a longo prazo.”(Dagmar et al, 2021 p.9). Em consonância Melo (2022) refere-se os cuidados de enfermagem na comunidade como o desenvolvimento de “uma ação colaborativa e potenciadora da comunidade, alicerçando a abordagem da gestão comunitária como potenciadora dos ganhos em saúde comunitários sensíveis aos cuidados de enfermagem” (Melo, 2022, p.52).

Appendix IV: Data extraction instrument (4)

Título da Revisão: O conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma unidade local de saúde

Questão: Qual o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde em cuidados de saúde primários?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: médicos (inclusive em formação pré-carreira medica), enfermeiros e assistentes técnicos

Conceito: literacia em saúde e tomada de decisão

Contexto: cuidados de saúde primários

➤ **Autor/es:** Myrthe JM Verhees, Rik Engbers, Anneke M Landstra, Anne E Bremer, Marjolein van de Pol, Roland FJM Laan, Willem JJ Assendelft

➤ **Ano da Publicação:** 2023

➤ **País de origem:** Holanda

➤ **Objetivos:** “To outline current knowledge regarding workplace- based learning about health promotion in individual patient care.” (p.1)

➤ **Metodologia/métodos:**

Paradigma: Qualitativo

Desenho de estudo: “Scoping review.” (p.1)

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** PubMed, ERIC, CINAHL e Web of Science de janeiro 2000 a agosto 2023

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Os autores nesta revisão oferecem uma visão geral da pesquisa existente sobre aprendizagem no local de trabalho sobre HP no atendimento individual ao paciente e apresentamos conceitos e termos relevantes que são discutidos em estudos neste domínio.

“As established in literature on workplace- based learning, learning from authentic practices and role models is crucial.”

“In the context of HP learning, we found that several included studies described a lack of time and role models for HP in the workplace- based learning environment, which mirrors the broader literature that HP is still finding its place in healthcare practice, and that the distribution of HP roles and responsibilities is still ongoing.”

“It appears to be challenging, yet vital, to effectively integrate HP learning in already crowded health profession education curricula, with new themes continuously being added and old themes trying to hold position.”

“Developing specific continuous professional development initiatives for learning HP may accommodate further engagement of health care professionals who have already completed formal training.”

As conclusões deste artigo sugerem a importância de fornecer oportunidades para que os alunos da profissão de saúde se envolvam em situações de prática autênticas e abordem os desafios potenciais que eles podem enfrentar ao traduzir a teoria relacionada para a prática. Além disso, os resultados destacam a necessidade de integração consciente e articulada da promoção da saúde em currículos e estruturas de avaliação. Recomendam a exploração de oportunidades para que os alunos, profissionais e pacientes da profissão de saúde aprendam sobre promoção da saúde juntos.

“Our findings suggest the importance of providing opportunities for health profession learners to engage in authentic practice situations and address potential challenges they may experience translating related theory into practice. Additionally, our results highlight the need for conscious and articulated integration of health promotion in curricula and assessment structures. We recommend the exploration of opportunities for health profession students, professionals, and patients to learn about health promotion together.”

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** nível 2

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

A salientar como contributo do artigo para a questão “a importância de fornecer oportunidades para que os alunos da profissão de saúde se envolvam em situações de prática autênticas e abordem os desafios potenciais que eles podem enfrentar ao traduzir a teoria relacionada para a prática” (Mythe et al, 2023 p.1), em consonância Almeida (2019) refere que aumento da literacia em saúde na comunidade apresenta-se como um desafio e uma prioridade, que envolve diferentes atores, a população, os **profissionais de saúde** e os decisores políticos, numa abordagem integrada.

Os autores recomendam a “exploração de oportunidades para que os alunos, profissionais e pacientes da profissão de saúde aprendam sobre promoção da saúde juntos.” (Mythe et al, 2023 p.1).

Segundo Almeida (2019) a literacia em saúde assenta na comunicação uma vez que esta permite estabelecer relações entre as pessoas, esta comunicação pode desenvolver-se de diversas formas, ao nível interpessoal, grupal, social e mediático, facilitando a transmissão de mensagens tanto verbais como não verbais, no intuito da compreensão entre os envolvidos e a promoção da saúde.

Em síntese a aquisição de conhecimento sobre literacia em saúde na comunidade assenta na comunicação sobre as mais variadas formas entre os diferentes intervenientes podendo este ser um processo desenvolvido em conjunto entre população e profissionais de saúde.

Appendix IV: Data extraction instrument (5)

Título da Revisão: O conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma unidade local de saúde

Questão: Qual o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde em cuidados de saúde primários?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: médicos (inclusive em formação pré-carreira medica), enfermeiros e assistentes técnicos

Conceito: literacia em saúde e tomada de decisão

Contexto: cuidados de saúde primários

➤ **Autor/es:** RG Langham, K.Kalantar-Zadeh, A Bonner, A Balducci, LL Hslao, Kumaraswami, P Laffin, V Liakopoulos, G Saadi, E Tantisattamo, I Ulasi, SF Lui

➤ **Ano da Publicação:** 2022

➤ **País de origem:** Brasil

➤ **Objetivos:** “ The goal is to provide access to information that is authentic and tailored specifically to individual and community needs.” (p.2)

➤ **Metodologia/métodos:**

Paradigma: Qualitativo

Desenho de estudo: “A systematic review of the evaluation of interventions and strategies shows that this area of research is still at an early stage” (p.3)

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Não contemplado.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Os resultados revelam que os profissionais de saúde não médicos têm muitas oportunidades de conversar e capacitar indivíduos e seus parceiros de

cuidados sobre questões de doença renal

“Indeed, programs that address the lack of culturally safe, person centred, and holistic care and improve the communication skills of health professionals, are crucial for people with CKD”

“The non-physician health care workers have many opportunities to talk with and empower individuals and their care partners about kidney disease issues”

“...medical assistants can help identify people with CKD or at risk of developing CKD and educate them and their family members about the role of diet and lifestyle changes in the primary, secondary, and tertiary prevention of CKD while waiting to see the physician.”

Os autores também destacam a importância de estratégias de comunicação eficazes e habilidades para usar as mídias sociais de forma responsável podem fornecer vantagens claras, pois essas habilidades e estratégias são diferentes para pessoas com LHL e podem precisar ser adaptadas.

“... effective communication strategies and skills to use social media responsibly can provide clear advantages, as these skills and strategies are different for people with LHL and may need to be adapted. It is imperative that health care providers receive knowledge and training for a responsible approach to social media, so that these strategies are utilized with the needed awareness of their unique strengths and pitfalls.”

“There is an increasing recognition of the importance of formulating succinct, meaningful, and authentic information, to improve health literacy and call governments to action”

“As with improving health literacy, communicating the ideas to policy makers is critical to ensuring policy implementation.”

“aligned with the principles of developing resources for health literacy, the approach must be tailored to local needs”

“There is a clear need for ongoing renewal of strategies to close the gap in health literacy among kidney disease patients, to empower those affected and

their families, to make their voices heard, and engage the civil society.”

A conclusão deste artigo defende que as organizações renais devem defender imediatamente que o déficit de alfabetização em saúde não é mais uma responsabilidade dos pacientes, mas dos clínicos e formuladores de políticas de saúde. A LHL ocorre em todos os países, independentemente da situação de renda; portanto, estratégias simples e de baixo custo provavelmente serão eficazes. Comunicação, precauções universais e "ensinar de volta" podem ser implementados por todos os membros da equipe de saúde renal. Com essa visão, as organizações renais liderarão a mudança em direção a um melhor atendimento centrado no paciente, suporte aos parceiros de atendimento, melhores resultados de saúde e redução da carga social global dos cuidados de saúde renal.

“Closing the knowledge gap and improving outcomes for those with kidney disease on a global scale will require a deep understanding of the community needs”

.”... should immediately advocate that the health literacy deficit is no longer a responsibility of patients but of clinicians and health policy makers. LHL occurs in all countries, regardless of income status; hence, simple, low-cost strategies are likely to be effective.”

“Communication, universal precautions, and “teach back” can be implemented by all members of the kidney health care team. With this vision, kidney organizations will lead the shift toward improved patient-centered care, support for care partners, better health outcomes, and reduced global societal burden of kidney health care”

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** nível 2

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

A salientar como contributo do artigo para a questão que a baixa literacia em saúde “ocorre em todos os países, independentemente da situação de renda; portanto, estratégias simples e de baixo custo provavelmente serão eficazes. Comunicação, precauções universais e "ensinar de volta" podem ser implementados

por todos os membros da equipe de saúde.” (Langham et al, p.7), em consonância com Nutbeam (2008), a literacia em saúde nos profissionais de saúde influencia diretamente a qualidade da comunicação com o cidadão, a tomada de decisão clínica e a adesão a orientações baseadas em evidências. Na mesma linha, profissionais com maior literacia em saúde comunicam melhor com a pessoa, facilitando a compreensão das orientações dadas e promovem melhores resultados em saúde (Rowlands et al., 2019).

Appendix V: Characteristics of included studies

| Study | Methodology | Method | Participants | Phenomena of interest | Author's conclusion | Reviewer's conclusion |
|---|-------------------------------|--|----------------------------------|---|--|---|
| <p>Implementação bem-sucedida de uma intervenção de planeamento de cuidados antecipatórios, de atenção primária e transjuridicional para idosos em risco de declínio funcional: entrevista com profissionais de saúde importantes</p> | <p>Paradigma: Qualitativo</p> | <p>Ensaio clínico controlado randomizado de viabilidade tranjuridicional</p> | <p>Enfermeiros pesquisadores</p> | <p>Obter opiniões de especialistas de profissionais de saúde importantes sobre a implementação eficaz e sustentável de uma intervenção de planeamento de cuidados antecipatórios (ACP).</p> | <p>A intervenção ACP baseada em cuidados primários e liderada por enfermeiros não seria apenas uma ferramenta muito valiosa para atender às necessidades atuais dos pacientes e aliviar a pressão sobre os cuidados secundários, mas também seria um serviço altamente apropriado e oportuno à luz dos planos de reforma de longo prazo.</p> | <p>O artigo destaca a importância de treinar os profissionais de saúde para uma comunicação empática, clara e culturalmente sensível, centrada nas necessidades do paciente e promotora da autogestão. Em consonância com Nutbeam (2008) e Rowlands et al. (2019), reforça-se que a literacia em saúde dos profissionais impacta diretamente a comunicação, a adesão e os resultados em saúde. Defende-se ainda o</p> |

| Study | Methodology | Method | Participants | Phenomena of interest | Author's conclusion | Reviewer's conclusion |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|---|---|--|---|
| | | | | | | <p>envolvimento ativo do paciente e da família em planos de cuidado personalizados, promovendo acessibilidade, satisfação e cuidados centrados na pessoa. Concordo com esta visão, alinhada com o manual de boas práticas, que aponta a capacitação em comunicação como essencial para fortalecer a literacia e a autonomia em saúde.</p> |
| <p>Medindo a capacidade dos profissionais de saúde de responder às</p> | <p>Paradigma: Qualitativo</p> | <p>Scoping Review internacional</p> | <p>Profissionais de saúde e estudantes da área da saúde</p> | <p>Avaliar a literatura que descreve maneiras pelas quais a capacidade de</p> | <p>Dado o importante papel que a alfabetização em saúde desempenha nos resultados de</p> | <p>O artigo contribui ao evidenciar a importância de capacitar profissionais e</p> |

| Study | Methodology | Method | Participants | Phenomena of interest | Author's conclusion | Reviewer's conclusion |
|--|--------------------|---------------|---------------------|---|--|--|
| <p>necessidades de literacia em saúde dos consumidores de saúde: Uma revisão de literatura</p> | | | | <p>resposta de alfabetização em saúde dos profissionais de saúde pode ser mais bem desenvolvida e medida.</p> | <p>saúde da população, a política, a prática e a pesquisa educacional devem dar suporte ao desenvolvimento de profissionais de saúde responsivos à alfabetização em saúde no futuro.</p> | <p>estudantes de saúde para responderem às necessidades de literacia em saúde, através da identificação de atributos e estratégias de formação. Em consonância, Arriaga et al. (2023) reforçam que a literacia em saúde é um determinante influenciado por fatores individuais, sociais e sistémicos, sendo essencial adaptar a comunicação e os recursos às características do público. Concordo com esta abordagem, que destaca a formação e a</p> |

| Study | Methodology | Method | Participants | Phenomena of interest | Author's conclusion | Reviewer's conclusion |
|--|------------------------|-------------------------|------------------------|--|--|---|
| | | | | | | comunicação eficaz como pilares para promover a literacia em saúde. |
| Cuidado centrado na pessoa na atenção primária: o que funciona para quem, como e em que circunstâncias | Paradigma: Qualitativo | Scoping Review realista | Profissionais de saúde | Explicar como é que o PCC na atenção primária funciona (ou não), entre outros, para pessoas com baixas habilidades de alfabetização em saúde e para pessoas com origem étnica e socioeconómicas diversas | Os profissionais de saúde devem ser treinados e estimulados a comunicar de forma empática, compreensível e culturalmente sensível, focado nos desejos, necessidades e possibilidades do paciente, para que a autogestão possa ser realizada tanto quanto possível. Além de exigir conhecimentos e habilidades, é necessária uma boa acessibilidade ao cuidado, bem | O artigo destaca que, apesar de diferentes sistemas de saúde, os idosos em risco de declínio funcional partilham necessidades semelhantes, sendo o planeamento antecipado de cuidados (ACP), liderado por enfermeiros nos cuidados primários, uma estratégia eficaz e sustentável (Dagmar et al., 2021). Em |

| Study | Methodology | Method | Participants | Phenomena of interest | Author's conclusion | Reviewer's conclusion |
|---|------------------------|----------------|---|---|--|---|
| | | | | | como, a criação de planos de cuidados personalizados com o envolvimento ativo do paciente (e sua família), para que estes possam resultar em melhores resultados de saúde (sistema), melhor concordância, maior satisfação e um tratamento centrado na pessoa mais adequado. | consonância, Melo (2022) defende uma abordagem colaborativa e comunitária da enfermagem, promotora de ganhos em saúde. Concordo com esta perspectiva, que valoriza o papel central dos enfermeiros na resposta integrada e antecipada às necessidades da população. |
| Aprendizagem no local de trabalho sobre a promoção da saúde no atendimento individual ao paciente: uma scoping review | Paradigma: Qualitativo | Scoping Review | Profissionais de saúde (em treinamento) | Descrever o conhecimento atual sobre a aprendizagem no local de trabalho sobre a promoção da saúde no atendimento individual ao paciente. | As nossas descobertas sugerem a importância de fornecer oportunidades para que alunos de profissão de saúde de envolvam em discussões de | O artigo destaca a importância de envolver estudantes de saúde em práticas reais e colaborativas, promovendo a aprendizagem conjunta com |

| Study | Methodology | Method | Participants | Phenomena of interest | Author's conclusion | Reviewer's conclusion |
|-------|-------------|--------|--------------|-----------------------|--|--|
| | | | | | <p>práticas autênticas que abordem os desafios potenciais que eles podem enfrentar ao traduzir a teoria relacionada para a prática. Além disso, os nossos resultados destacam a necessidade de integração consciente e articulada da promoção da saúde em currículos e estruturas de avaliação.</p> <p>Recomendamos a exploração de oportunidades para que os alunos, profissionais e pacientes da profissão de saúde aprendam sobre promoção da</p> | <p>profissionais e pacientes (Mythe et al., 2023). Em consonância, Almeida (2019) reforça que a literacia em saúde é um desafio coletivo que exige comunicação eficaz entre todos os intervenientes. Concordo com esta visão integrada, que valoriza a construção conjunta do conhecimento em saúde.</p> |

| Study | Methodology | Method | Participants | Phenomena of interest | Author's conclusion | Reviewer's conclusion |
|---|------------------------|--|------------------------|--|--|---|
| | | | | | saúde juntos. | |
| Saúde renal para todos: colmatar a lacuna na saúde renal educação e alfabetização | Paradigma: Qualitativo | Revisão sistemática da avaliação de intervenções e estratégias | Profissionais de saúde | Fornecer acesso a informações autênticas e adaptadas especificamente às necessidades individuais e comunitárias. | Fechar a lacuna de conhecimentos e melhorar os resultados para aqueles com doença renal em uma escala global exigirá uma compreensão profunda das necessidades de comunidade. O mesmo é verdadeiro para o desenvolvimento de políticas e compreensão dos processos em vigor para envolver governos em todo o mundo, sustentados pelo importante princípio de co projetar recursos e políticas que atendam às necessidades da | O artigo salienta que a baixa literacia em saúde afeta todos os países, sendo eficazes estratégias simples como a comunicação clara e o método “ensinar de volta” (Langham et al., p.7). Em linha com Nutbeam (2008) e Rowlands et al. (2019), reforça-se que a literacia dos profissionais influencia diretamente a qualidade da comunicação, a decisão clínica e os resultados em saúde. Concordo com esta visão, |

| Study | Methodology | Method | Participants | Phenomena of interest | Author's conclusion | Reviewer's conclusion |
|--------------|--------------------|---------------|---------------------|------------------------------|--|--|
| | | | | | comunidade para a qual são destinados. | pois profissionais mais capacitados comunicam melhor e promovem maior adesão às orientações. |

APÊNDICE B – Cronograma

| Atividades a realizar | Jun. 24 | Jul. 24 | Ago. 24 | Set. 24 | Out. 24 | Nov. 24 | Dez. 24 | Jan. 25 | Fev. 25 | Mar. 25 | Abr. 25 | Mai. 25 | Jun. 25 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Elaboração e apresentação do projeto de investigação | | | | | | | | | | | | | |
| Reuniões de orientação | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração e envio do pedido de autorização aos autores da escala HLS-EU-PT | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração e envio do pedido de parecer à comissão de Ética da ULSET | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração e envio de pedido de parecer à Comissão de Ética do IPS | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração e envio do pedido de autorização à coordenação das USF | | | | | | | | | | | | | |
| Revisão bibliográfica | | | | | | | | | | | | | |
| Realização de Scoping Review | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação da escala e entrevistas | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento e análise dos dados | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração da dissertação | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega da dissertação | | | | | | | | | | | | | |

APÊNDICE C - Pedido de autorização ao Diretor da ULS Estuário do Tejo

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local [REDACTED]
[REDACTED]

Ângela Josefa Alemão Maduro, enfermeira na USF Samora Correia, na qualidade de mestranda de 2.º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, pretendo dirigir aos profissionais de saúde que compõem as USFs, a investigação: “Conceito de Literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma unidade local de saúde”, assim, venho por este meio, solicitar a V. Exa., autorização para realizar na Unidade Local de Saúde [REDACTED] [REDACTED] o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e meios apresentados.

Data 22 /12 / 2024

Assinatura

APÊNDICE D - Compromisso de honra dos investigadores

Comissão de Ética para a Saúde

Declaração sob Compromisso de Honra

Eu, Ângela Josefa Alemão Maduro, declaro, sob compromisso de honra e para todos os efeitos legais, que, nas situações em que a recolha de dados para fins da realização do Estudo e o respetivo tratamento impliquem, necessariamente, a identificação da pessoa titular da informação, designadamente nas situações de acesso a dados pessoais constantes de processo clínico que seja lícito com fundamento na alínea j) do artigo 9.º e por observar o disposto no artigo 89.º, ambos, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, RGPD), será a todo o tempo pelo declarante cumulativamente garantido que:

- i. O acesso incidirá apenas sobre os dados estritamente necessários à finalidade da investigação científica lícita de acordo com o estudo legalmente autorizado;
- ii. Os dados não serão utilizados para qualquer outra finalidade distinta da limitada ao Estudo autorizado;
- iii. Serão aplicadas as medidas técnicas e organizativas adequadas à confidencialidade e à segurança dos dados pessoais e à salvaguarda dos direitos e liberdades do titular dos dados, desde logo, as que se encontram especificamente descritas no Protocolo do Estudo;
- iv. Os dados apenas podem ser tratados por investigador ou colaborador autorizado no Estudo, profissional sujeito a dever de sigilo;
- v. Os dados serão conservados pelo tempo estritamente necessário à prossecução da finalidade de investigação científica lícita de acordo com o Estudo legalmente autorizado;
- vi. Os dados serão tratados de forma anonimizada, de modo a não permitir a identificação do titular dos dados, nos termos descritos no Protocolo do Estudo;
- vii. Nos casos em que a anonimização torne impossível ou não permita, por razões objetivas e fundamentadas, devidamente comprovadas, alcançar a finalidade lícita da investigação, os dados devem ser pseudonimizados, nos termos do n.º 1 do artigo 89º do RGPD e do n.º 1 do artigo 31.º da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto.

O declarante obriga-se ao cumprimento de todas as normas aplicáveis em matéria de proteção de dados pessoais e em especial de dados pessoais de saúde e dados genéticos e reconhece que, a partir do momento em que há acesso para a prossecução da finalidade de investigação, nos termos limitados à finalidade lícita da investigação, será tido como responsável pelo tratamento dos dados que realize.

Data: 22/12/2024

O Declarante

APÊNDICE E - Modelo de Projeto de Investigação

“Conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar de uma Unidade Local de Saúde”

Identificação da Equipa de Investigadores

Investigadores Responsáveis: Ângela Josefa Alemão Maduro

Equipa de Investigação:

Ana Spínola

Celeste Godinho

Enquadramento do Projeto

Este projeto insere-se no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, visando aprofundar o conhecimento sobre a literacia em saúde dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde Familiar (USF).

Enquadramento

A literacia em saúde é um determinante da saúde, que por sua vez é influenciado por um conjunto de fatores que se relacionam com características individuais com idade, sexo, situação socioeconómica, nível de escolaridade, situação profissional. Para além destes fatores também os externos às próprias pessoas interferem como os fatores sociais, culturais e o sistema de saúde em que se encontra inserido. Também a comunicação de forma positiva e a utilização de imagens adaptadas as características do público-alvo contribuem para a promoção da literacia em saúde (Ariaga et al., 2023).

Existem três fatores identificados como relacionados com um baixo nível de literacia em saúde que conduzem a uma diminuição da qualidade de vida das pessoas, nomeadamente: o aumento do número de internamentos, a maior procura e utilização dos serviços de urgência e menor preocupação e ação para a prevenção da doença e promoção da saúde (Almeida, 2019).

De acordo com a última avaliação dos níveis de literacia em saúde em Portugal no relatório do plano de ação para a literacia em saúde 2019 - 2021 a maioria dos participantes (65%) demonstra um nível suficiente de literacia em saúde, 5% um nível excelente, em contrapartida, apenas 7,5% dos participantes são classificados no nível inadequado e 22% no nível problemático de literacia em saúde. No entanto, os resultados também revelam que os inquiridos exibem maior facilidade em compreender a informação sobre a promoção em saúde, em contraste com as outras dimensões da literacia em saúde, como os cuidados de saúde sendo de 14,4% o nível inadequado e de 21,5% o nível problemático, e a prevenção da doença de 21,3% o nível inadequado e de 18,4% o nível problemático. A salientar que a compreensão da informação é a competência com maior nível de literacia em saúde com 72,2% de nível suficiente.

Apesar dos esforços contínuos para melhorar os níveis de literacia em saúde, 61% da população europeia ainda apresenta um nível inadequado ou problemático de literacia; neste contexto, a capacitação dos profissionais de saúde é considerada essencial para alcançar resultados mais eficazes e positivos na promoção da saúde (Almeida, 2016)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a importância da formação contínua em literacia em saúde para os profissionais, garantindo que consigam interpretar, aplicar e comunicar informações de forma eficaz (WHO, 2013).

Embora a literacia em saúde seja geralmente estudada no contexto do cidadão/utilizador dos serviços de saúde, há um crescente reconhecimento da sua importância para os profissionais de saúde. De acordo com Nutbeam (2008), a literacia em saúde nos profissionais de saúde influencia diretamente a qualidade da comunicação com o cidadão, a tomada de decisão clínica e a adesão a orientações baseadas em evidências. Na mesma linha, profissionais com maior literacia em saúde comunicam melhor com a pessoa, facilitando a compreensão das orientações dadas e promovem melhores resultados em saúde (Rowlands et al., 2019).

A literatura também destaca que níveis reduzidos de literacia entre profissionais de saúde podem comprometer a segurança do doente e a eficácia dos tratamentos (Rowlands et al., 2019; Berkman et al., 2011). Contudo, reconhecem-se enquanto agentes facilitadores da promoção da literacia em saúde, que desempenham um papel

decisivo na capacitação dos utentes, devendo conhecer e implementar boas práticas na promoção da literacia em saúde ao longo do ciclo de vida.

A área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) experimentou uma profunda reforma nos últimos anos, sendo as Unidades de Saúde Familiar (USF) a face mais visível dessa reforma (Decreto-Lei n.º 103/2023).

As USF são equipas multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, responsáveis pelo acompanhamento de utentes ao longo do ciclo de vida, incluindo saúde infantil, saúde materna e vigilância de doenças crónicas como a diabetes e hipertensão (Decreto-Lei-n.º 73/2017). As USF desempenham um papel central na prevenção e promoção da saúde, assegurando cuidados de proximidade e continuidade, nomeadamente na vigilância de doenças crónicas como diabetes e hipertensão (Decreto-Lei n.º 73/2017). Acrescenta-se ainda a missão de prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

Nesse contexto, a literacia em saúde dos profissionais das USF torna-se um fator crítico para o sucesso dessas unidades, pois influencia diretamente a comunicação entre profissionais e utentes, a qualidade das decisões clínicas e a eficácia das intervenções de saúde pública. A capacitação dos profissionais é essencial para garantir a adoção de boas práticas na promoção da literacia em saúde, reduzindo desigualdades no acesso à informação e melhorando os resultados clínicos e sociais.

Neste sentido, os CSP, e particularmente as USF, constituem um contexto privilegiado para a promoção da literacia em saúde. Sendo unidades de proximidade, as USF garantem um acompanhamento contínuo da população, favorecendo a prevenção da doença e a promoção da saúde ao longo do ciclo de vida. Para que possam desempenhar esse papel de forma eficaz, é essencial investir na qualificação dos profissionais, na formação contínua e na adaptação dos espaços de atendimento, garantindo um ambiente acessível e facilitador da comunicação em saúde (Almeida, 2019).

Reconhecendo-se a importância do Manual de Boas Práticas em Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde como reforço de estratégias que melhorem a interação entre profissionais e utentes, promovendo maior autonomia e reflexão crítica na tomada de decisões sobre a saúde.

Objetivo Geral

Caraterizar o conceito de literacia em saúde dos os profissionais de saúde das USF de uma ULS através da aplicação da escala de literacia em Saúde ‘European health literacy survey’ validada para a população portuguesa (HLSEU-PT).

Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio demograficamente os profissionais de saúde
- Identificar os domínios da literacia em saúde auto percecionados pelos profissionais de saúde
- Analisar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde

Metodologia

Como metodologia pretende-se desenvolver um estudo transversal descritivo com a aplicação da escala validada para a população portuguesa o European Health Literacy Surver (HLS-EU-PT) e um questionário de dados sociodemográficos e questões abertas aos profissionais de saúde das USF da ULS.

Participantes

O estudo focar-se-á em sete USF da ULS, abrangendo um total de 180 profissionais de saúde.

Incluem-se no estudo profissionais de saúde das USF da ULS. Tipo de amostragem: seleção intencional das USF da ULS.

Critérios de inclusão: profissionais de saúde que exerçam funções em USF e aceitem participar no estudo.

Critérios de exclusão: não cumprir com os critérios de inclusão.

Recolha de dados

Tempo de resposta ao questionário: 15 minutos.

Método de distribuição: Envio de um e-mail com Google Forms para os coordenadores das USF, que o encaminharão aos profissionais de saúde.

Análise dos dados: Utilização de estatística descritiva (SPSS 29.0); análise temática das respostas abertas.

Considerações éticas

A participação das pessoas no estudo é obrigatoriamente voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro, garantindo que não existem danos nem prejuízos de saúde dos participantes. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

Este estudo garante o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes. Solicita-se igualmente a autorização da divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo-se o anonimato.

O ficheiro ficará apenas no computador do investigador principal. As informações serão utilizadas somente no contexto do estudo e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a confidencialidade e a privacidade dos seus dados pessoais. A conservação de dados ocorrerá apenas durante o desenvolvimento do projeto de janeiro a dezembro de 2025. No final do projeto, a investigadora principal, eliminará os ficheiros informáticos e documentos acessórios nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 17 do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

O acesso aos participantes será mediado pelo coordenador de cada unidade de saúde familiar, que terá na sua posse todas as instruções acerca do estudo. Para facilitar o acesso aos participantes será enviado um e-mail com Google Forms, para coordenador de cada USF. O coordenador da unidade encaminhará para todos os profissionais de saúde, minimizando o acesso aos e-mails profissionais.

Os dados serão analisados com recurso à estatística descritiva (SPSS 29.0) e as questões abertas serão analisadas por análise temática, os achados serão armazenados no PC do investigador principal, ao qual só a equipa de investigação terá acesso.

O estudo decorrerá de março a julho de 2025, e os dados obtidos serão eliminados após a finalização do estudo.

Cronograma

Período de tempo de Aplicação: março a julho de 2025

| Atividades a realizar | Jan. 25 | Fev. 25 | Mar. 25 | Abr. 25 | Mai. 25 | Jun. 25 | Jul. 25 |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Elaboração e apresentação do projeto de investigação | | | | | | | |
| Reuniões de orientação | | | | | | | |
| Elaboração e envio do pedido de parecer à comissão de Ética da ULS | | | | | | | |
| Aplicação da escala e questionário | | | | | | | |
| Revisão bibliográfica | | | | | | | |
| Realização de Scoping Review | | | | | | | |
| Tratamento e análise dos dados | | | | | | | |
| Elaboração da dissertação | | | | | | | |
| Entrega da dissertação | | | | | | | |

Resultados Esperados

É esperado que os resultados obtidos contribuam para:

- Desenvolvimento de um Plano de Boas Práticas em Literacia em Saúde nas USF da ULS [REDACTED]
- Criação de estratégias de capacitação para médicos, enfermeiros e assistentes técnicos;
- Melhoria da comunicação entre profissionais e utentes, garantindo maior adesão às orientações de saúde e promovendo um impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados.

Este estudo permitirá compreender como os profissionais das USF percecionam e aplicam a literacia em saúde, reforçando a necessidade de estratégias estruturadas para a

capacitação contínua. A literacia em saúde é um fator determinante para a qualidade dos cuidados e sustentabilidade do sistema de saúde, tornando essencial a formação dos profissionais que atuam nos CSP, nomeadamente nas USF.

Local

ULS [REDACTED]

Estimativa de custos e fontes de financiamento

Não há fontes de financiamento externo. Utilização de recursos próprios.

Bibliografia

- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook].
- Almeida, C., Silva, C., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., Maltez, H., Luis, H., Filipe, J., Moutão, J., Larangeira, J., Cid, L., Menezes, M., Ferreira, M., Loureiro, M., Correia, M., Silva, N., Barbosa, P., Carvalho, P., Silva, P., Francisco, R., Horgan, R., & Assunção, V. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção Geral de Saúde.
- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., Mata, F., Monterozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). *Plano Nacional de Literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030*. Direção Geral de Saúde.
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Direção-Geral da saúde.
- Brega, A. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Weiss, B. D., DeWalt, D. A., Brach, C., Cifuentes, M., Albright, K., & West, D. R. (2015). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical.
- Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 215.

- Heidmann, I., Almeida, M., Boebr, A., Wosny, A., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica e suas concepções, *Texto Contexto Enferm*, 15 (2), p.352-358.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: Poder e Empoderamento*. Lusodidacta.
- Melo, P. (2022). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Ministério da Saúde (2024). *Área dos CSP da ULS Estuário do Tejo*. Serviço Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/934/30024/Pages/default.aspx>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem, Teoria e Prática*. Lidel.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Chiado Editora.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável*. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental.
- Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação – tradução validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 136.

APÊNDICE F– Email para os coordenadores

Assunto: Estudo sobre Literacia em saúde- Agradeçia Colaboração em estudo de mestrado

Caros colegas

Venho por este meio solicitar a Vossa colaboração:

O meu nome é Ângela Maduro, sou Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, no Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém.

O estudo que estou a desenvolver integra-se neste percurso académico e decorre sob a orientação científica da Sr.ª Professora Doutora Ana Cristina de Spínola Costa Maymone Madeira, e da coorientação da Sr.ª Professora Mestre Maria Celeste Gomes de Aguiar Eloy Godinho Nogueira.

Este estudo é dirigido aos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar da ULS, tendo como principal objetivo caracterizar o conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma unidade local de saúde, através da aplicação da escala de literacia em Saúde ‘European health literacy survey’ validada para a população portuguesa (HLSEU-PT). Pretende-se ainda identificar os domínios da literacia em saúde auto percebidos pelos profissionais da ULS e analisar as estratégias que desenvolvem nesses mesmos domínios.

Venho por este meio solicitar a vossa colaboração, através da divulgação junto dos vossos profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos do link do questionário para a realização do estudo supracitado, até ao dia 10 de maio de 2025:

<https://forms.gle/Lfp8QkC2L5Q9DXa28>

Com os melhores cumprimentos.

Ao dispor.

Ângela Josefa Alemão Maduro

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária

APÊNDICE G – Questionário

Conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde duma unidade local de saúde

O meu nome é

Ângela Maduro, sou Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária a desenvolver o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, no Instituto Politécnico de Santarém na Escola Superior de Saúde de Santarém. O estudo que me encontro a desenvolver, decorre sob orientação científica da Sr^a Professora Doutora Ana Cristina de Spínola Costa Maymone Madeira e da Coorientadora Sr^a Professora Adjunta Maria Celeste Godinho. O estudo é dirigido aos profissionais de saúde das Unidades

de Saúde Familiar da ULS, com o objetivo de caracterizar o conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma unidade local de saúde através da aplicação da escala de literacia em Saúde 'European health literacy survey' validada para a população portuguesa (HLSEU-PT), pretende-se igualmente identificar os domínios da literacia em saúde auto percebidos pelos profissionais de saúde da ULS e analisar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde.

* Indica uma pergunta obrigatória

Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações através do email: 180400100@essaude.ipsantarem.pt

Descrição do Estudo

O estudo é dirigido aos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar (USF) da ULS, com o objetivo de:

1. Caracterizar o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde de uma Unidade Local de Saúde, através da aplicação da escala de literacia em saúde

'European Health Literacy Survey' (HLS-EU-PT), validada para a população portuguesa.

2. Identificar os domínios da literacia em saúde auto percebidos pelos profissionais de saúde das USF.
3. Analisar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde no âmbito da literacia em saúde.

A escolha das USF será feita por amostragem intencional, incluindo profissionais que desempenhem funções nestas unidades e que aceitem participar voluntariamente no estudo.

Critérios de Participação

Critérios de Inclusão: Profissionais de saúde que exerçam funções em USF da ULS e aceitem participar voluntariamente.

Critérios de Exclusão: Profissionais que não cumpram os critérios acima referidos.

Forma de Participação

Tempo estimado para resposta ao questionário: 15 minutos.

Forma de aplicação: Os questionários serão enviados através de um link Google Forms para os coordenadores das USF, que os encaminharão aos profissionais de saúde.

Confidencialidade

A participação das pessoas no estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro, garantindo que não existem danos nem prejuízos de saúde dos participantes. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

Este estudo garante o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes. Solicita-se igualmente a autorização da divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo-se o anonimato.

O ficheiro ficará apenas no computador do investigador principal. As informações serão utilizadas somente no contexto do estudo e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a confidencialidade e a privacidade dos seus dados pessoais.

A conservação de dados ocorrerá apenas durante o desenvolvimento do projeto de janeiro a dezembro de 2025. No final do projeto, a investigadora principal, eliminará os ficheiros informáticos e documentos acessórios nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 17 do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Os dados serão analisados com recurso à estatística descritiva (SPSS 29.0) e as questões abertas serão analisadas por análise temática, os achados serão armazenados no PC do investigador principal, ao qual só a equipa de investigação terá acesso.

O estudo decorrerá de março a julho de 2025, e os dados obtidos serão eliminados após a finalização do estudo.

O que é esperado do participante

É-lhe solicitado a participação no estudo no sentido de contribuir para um maior conhecimento sobre a Literacia em Saúde dos Profissionais de Saúde, melhorando a capacidade na vigilância de saúde do utente, grupos e comunidade e, como tal, promover melhores cuidados de saúde.

O presente documento estabelece as condições e o âmbito da participação neste projeto de investigação:

1. A participação neste estudo prevê caracterizar o conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma unidade local de saúde através da aplicação da escala de literacia em Saúde 'European health literacy survey' validada para a população portuguesa (HLSEU-PT),
2. A participação neste estudo é absolutamente voluntária, podendo os participantes a qualquer momento, suspender a sua participação quer de uma forma temporária quer de uma forma definitiva.
3. A identidade dos participantes e todas as informações recolhidas no decurso da participação serão mantidas na mais estrita confidencialidade, registadas num ficheiro ao qual apenas terá acesso a equipa de investigadores.
4. As informações serão utilizadas somente no contexto do estudo e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a confidencialidade a privacidade dos seus dados pessoais.
5. Serão utilizados pseudónimos para todos os nomes e locais referenciados, assim como omitidos quaisquer detalhes que possam permitir a identificação dos participantes e das pessoas locais a que ele(a) se refere.

Concordo em colaborar no estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o

tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte digital serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa. *

- Autorizo
- Não autorizo

Questionário Sociodemográfico

Género *

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não revelar

Idade (anos) *

- 20 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- 61 - 70

Habilitações profissionais *

- 12.º ano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra: _____

Categoria profissional *

- Administrativo(a)
- Enfermeiro(a)
- Médico(a)

Questões Abertas

1. O que significa para si o conceito de literacia em saúde? *

A sua resposta

2. Quais são, na sua experiência, as principais dificuldades que os utentes enfrentam ao procurar, compreender ou utilizar informações sobre saúde? *

A sua resposta

3. Que estratégias utiliza para ajudar os utentes a compreender melhor as informações relacionadas com a sua saúde e a tomar decisões informadas? *

A sua resposta

4. Na sua opinião, que recursos ou iniciativas poderiam ser implementados para melhorar a literacia em saúde dos utentes e facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e população? *

A sua resposta

5. De que forma integra no seu dia a dia profissional os princípios da literacia em saúde ao comunicar com os utentes? Pode dar exemplos práticos? *

A sua resposta

Escala HLS-EU-PT-Q16

1. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

3. Compreender o que o seu médico lhe diz? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

10. Compreender porque precisa de fazer rastreios? *

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

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

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

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

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

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

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

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

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

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

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

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

- Muito difícil
- Difícil
- Fácil
- Muito fácil

Obrigado(a) pela sua participação. A sua contribuição é muito valiosa!

Agradeço a sua colaboração e o tempo dedicado a responder a este questionário.
Caso tenha dúvidas ou queira obter mais informações, pode contactar-me através do meu
email: 180400100@essaude.ipsantarem.pt

APÊNDICE H - Respostas ao inquérito

Conceito de literacia em saúde para os profissionais de saúde duma unidade local de saúde

41 respostas

[Publicar estatísticas](#)

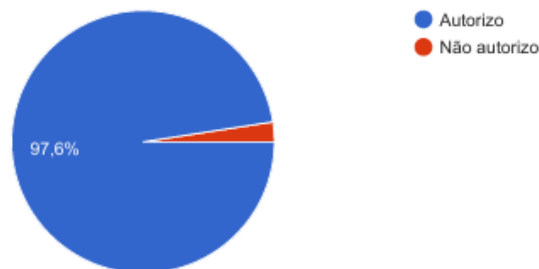
Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações através do email: 180400100@essaude.ipsantarem.pt

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

[Copiar](#)

41 respostas

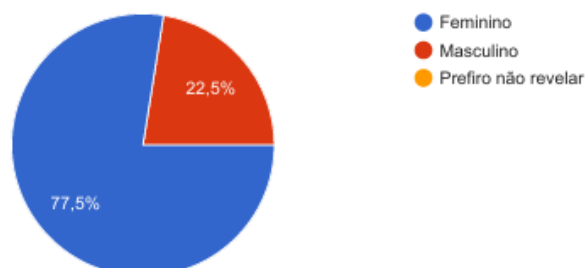


Questionário Sociodemográfico

Género

40 respostas

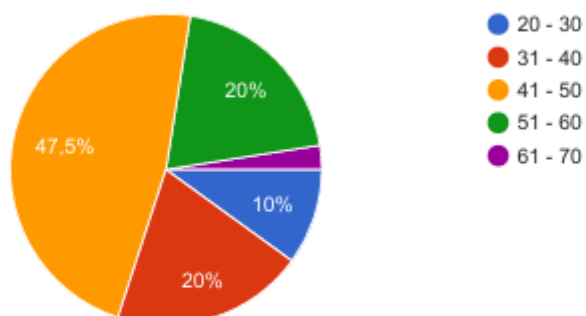
[Copiar](#)



Idade (anos)

 Copiar

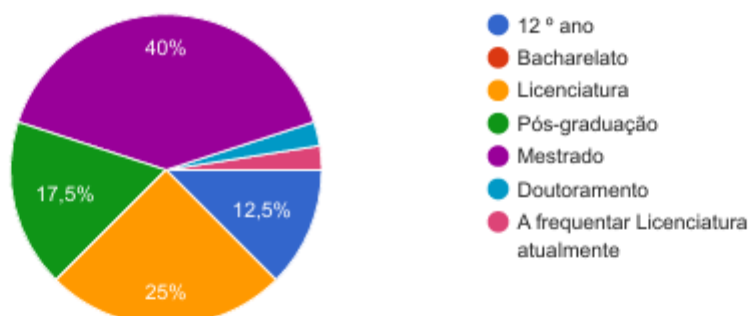
40 respostas



Habilitações profissionais

 Copiar

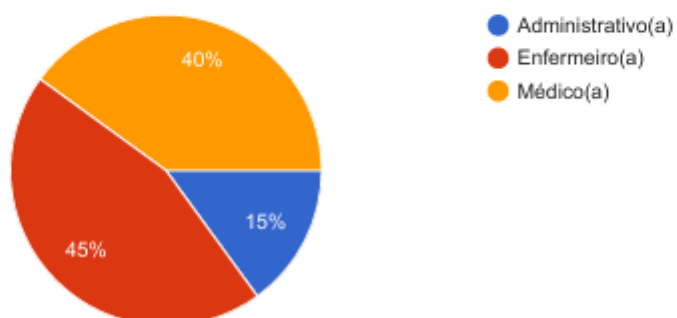
40 respostas



Categoria profissional

 Copiar

40 respostas



Questões Abertas

1. O que significa para si o conceito de literacia em saúde?

40 respostas

A capacidade que as pessoas têm de interpretar e adequar o conhecimento ao seu estado de saúde

Conhecimento sobre saúde, acesso à mesma.

é a capacidade de encontrar, entender e usar informações sobre saúde para tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde.

Capacidade e conhecimentos sobre o seu estado de saúde, sendo capaz de gerir o mesmo e o estado de doença.

Estar bem informado ou saber aceder a boas fontes de informação acerca de temas e conceitos de saúde e doença.

Educação para saúde, boas práticas

Ter conhecimentos básicos em matéria de saúde, como adopção de estilos de vida saudáveis e prevenção ou abordagem terapêutica da doença, bem como entender como se encontram organizados os sistemas de saúde, e saber como e quando recorrer a eles.

O conjunto de competências para aceder, avaliar, compreender e colocar em prática informações sobre saúde de modo a melhorar a sua própria saúde e da comunidade envolvente

Apresentação de conhecimentos, competência e de responsabilidade perante temas relativos à saúde.

.

A capacidade de adquirir e compreender informação sobre saúde para uma escolha mais adequada sobre a mesma

Conhecimento associado aos conceitos aplicáveis à área da saúde

conhecimento

Conhecimento em saúde

conhecimento e informação sobre cuidados de saúde, prevenção de doença mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida .

Saber em que situações procurar, que tipo de conduta; entender as instruções os profissionais de saúde; tomar decisões saudáveis no dia a dia,



Informação da população em geral sobre temas relacionados com a saúde/doença

conhecimento em vários domínios da saúde

Capacidade de obter e analisar a informação em saúde

A literacia em saúde reflete o grau de conhecimento acerca de temas relacionados com a saúde por parte da população

Significa conhecimento acerca de:

- fatores promotores do bem estar físico, mental, social
- fatores de risco para desequilíbrios na saúde, com favorecimento de condições para surgirem doenças
- regras de funcionamento dos serviços de saúde, com respetivo respeito pelo seu cumprimento
- necessidade de respeito por todos, doentes, profissionais de saúde, pessoas em geral

conhecimento sobre funcionamento serviços disponíveis, quais os criterios de vigilancia de saude

Trata-se de um conjunto de conhecimentos e competências que permitem a cada indivíduo tomar decisões e atitudes conscientes e informadas sobre a sua saúde

Conhecimento sobre a gestão da sua própria saúde e informação sobre os recursos adequados a utilizar

Conhecimento e competências de cada pessoa para promover a sua saúde e aceder aos cuidados adequadamente quando doente

Melhoria do acesso pertinente ao SNS

Significa o ter informação

Conhecimentos na área da saúde

saber usar os serviços de saúde corretamente

Literacia em Saúde compreende os domínios, a nível de conhecimento/esclarecimento que um cidadão tem na área da Saúde.

Domínio de conceitos básicos, relevantes para a população geral, tendo em vista a promoção e manutenção de saúde.

Literacia em saúde são os conhecimentos de saúde que cada um de nós tem.

A capacidade de selecionar e compreender a informação para uma gestão da saúde individual e coletiva mas consciente



Uso do meu conhecimento para me esclarecer, tomar decisões, informar sobre assuntos e questões relativos a minha saúde

Capacidade do indivíduo compreender e utilizar informação sobre saúde.

Conjunto de conhecimentos que nos permitem tomar decisões conscientes, autónomas e baseadas na melhor evidência científica

Ter informação suficiente para poder tomar uma decisão consciente.

Comunicar e informar os utentes de como devem usar os serviços de saúde sem "abusos".

Estar informado acerca sobre determinados temas em saúde.

É a capacidade de conhecer, entender e saber utilizar e aplicar conhecimentos na área da saúde

2. Quais são, na sua experiência, as principais dificuldades que os utentes enfrentam ao procurar, compreender ou utilizar informações sobre saúde?

40 respostas

Falta do conhecimento dos meios informáticos que se impõem actualmente

Fontes não fidedignas.

-A abundância de informações disponíveis online pode incluir dados incorretos ou enganosos, levando os utentes a tomar decisões baseadas em informações erradas.

-Nem todos têm fácil acesso a fontes confiáveis de informação sobre saúde, especialmente em áreas rurais ou menos desenvolvidas

Procura de informação em fontes erradas e não fidedignas. Pouca capacidade de filtrar a informação de forma correcta.

Os utentes não acedem a boas fontes de informação e como tal aprendem conceitos errados, mas acreditam nos mesmos, o que dificulta a nossa tarefa de transmitir boa e fidedigna educação para a saúde.

Não as encontrar facilmente ou ficarem com dúvidas

Não entendem as características distintas de que cada instituição pertencente ao SNS, não sabem fazer uma abordagem básica inicial em caso de doença não complicada, procuram informação de fontes duvidosas.

Dificuldade no acesso - não entendem como funciona o Sistema de saúde , nomeadamente acesso à cuidados de saúde primários, urgências e consultas hospitalares.

Dificuldade em avaliar/ compreender - poucos conhecimentos sobre anatomia e compreensão das suas doenças crónicas .

Dificuldade em colocar em prática - má adesão à terapêutica, demasiadas crenças falsas / mitos

Excesso de informação e de desinformação.

Falta de interesse em obtenção de conhecimento.

Desresponsabilização.

Linguagem técnica pouco acessível.

.

Em minha opinião muitas as vezes dificuldade em aceder a informação fidedigna, dificuldade em comunicar com os profissionais de saúde principalmente com o médico face as limitações de tempo de consulta e vocabulário utilizado (por vezes demasiado técnico).

Diferentes opiniões, excesso de informação disponível na internet



Linguagem

Desconhecimento, analfabetismo

os utentes tem dificuldade em compreender, penso por muita falta de informação que não existe a nível do exterior.

Os utentes procuram os cuidados de saúde de forma inadequada e excessiva; pessoas idosa tem certa dificuldade em entender o que é dito na consulta

Inúmera informação disponível na internet, muitas vezes sem validação por profissionais de saúde

A linguagem utilizada pelos profissionais de saúde não se adaptar á pessoa, isto é não seja uma linguagem personalizada.

A seleção de informação correta, formas de comunicação, dificuldade com novas tecnologias nos mais idosos

Fontes de informação pouco fidedignas mas de fácil acesso, que incluem desde sites na internet a pessoas conhecidas, que por vezes podem perpetuar mitos e desinformação

São várias as dificuldades. Destaco o desajuste de expetativas relativamente aos serviços, às pessoas e aos próprios tratamentos; a dificuldade no assumir da responsabilidade na promoção da sua própria saúde, com recurso muitas vezes em culpar outros por resultados menos bons; a falta de respeito em geral que se tem instalado na sociedade civil.

falta conhecimento, mas falta de vontade em perceber

Dispersão de fontes para encontrar as suas respostas

Linguagem pouco adequada à sua capacidade de entendimento ou utilização dos recursos errados (vizinhos, internet...)

Baixa escolaridade, falta de senso comum, desresponsabilização face à sua própria saúde, depositando no sistema a responsabilidade

Desinformação da comunicação social

A dificuldade em ouvirem corretamente e atentamente

Falta de bases, de conhecimento, que permitam a compreensão das temáticas em discussão

a maior parte dos utentes não tenta compreender mas sim satisfazer os interesses deles rapidamente

A falta de literacia e de envolvimento nas questões cívicas.



Desinformação e dificuldade em selecionar fontes de informação de qualidade.

Uma das dificuldades é o fato de os utentes estarem muito habituados a procurar tudo no google e não identificarem sequer os sites nacionais. Procuram erradamente sites internacionais e obtêm informações não adaptadas à nossa realidade de sistema de saúde.

A forma como a informação lhe é transmitida, não sendo muitas as vezes adaptada a individualidade de cada um

A escassez de falta de profissionais, a falta de tempo destes para dispensar com os utentes (ratio tempo por consulta), a desresponsabilidade do utente acerca da sua saúde

Informações falsas disponíveis através de redes sociais e notícias.

Internet, mitos, procura de informação junto de quem não está capacitado

Acesso a informação não fidedigna.

As principais dificuldades são com a não compreensão que têm com os serviços de saúde e informação enganosa que recebem de outrem.

A linguagem utilizada pouco acessível á população em geral

Não saberem procurar informações credíveis e haver muita desinformação motivada por crenças ou interesses económicos

3. Que estratégias utiliza para ajudar os utentes a compreender melhor as informações relacionadas com a sua saúde e a tomar decisões informadas?

40 respostas

Apresentar a informação com linguagem adequada ao conhecimento que cada um apresenta possuir

Adequação da linguagem ao utente, assertividade.

Simplificação da Linguagem, Confirmar a compreensão dos utentes através de perguntas e repetir informações importantes para garantir que foram bem assimiladas, Fornecer folhetos, guias e outros materiais escritos que os utentes possam consultar em casa

Fornecimento de panfletos informativos e indicação de sites fidedignos onde possam procurar informação. Tentativa de explicação/esclarecimento adequada aos conhecimentos do utentes.

Primeiro escutar o utente de forma séria e empática e daí adequar o nosso discurso e procurar ensinar o utente com boa informação, em particular em relação às questões e problemas que este expõem.

Educação em cada consulta

Explicar fontes de informação fiáveis, explicar o funcionamento das diferentes instituições do SNS.

Explico as doenças com imagens, faço tabelas de terapêutica crónica com ligação de medicamento - doença. Uso comparações / metáforas simples com alusão ao seu dia a dia

Explicar, utilizando linguagem simples e compreensível, evitando o jargão médico.

Responsabilizar a pessoa pela sua saúde.

Demonstração de imagens, esquemas ilustrativos.

Explicar que deve sempre fazer-se acompanhar pelos seus medicamentos e exames, nomeadamente os mais recentes.

Explicar de forma simples os processos diagnósticos, as alternativas terapêuticas, e ajudar a pessoa a beneficiar do princípio da autonomia, que lhe é inerente (capacitar/ "empoderamento").

Promoção do respeito pela saúde, pelos profissionais de saúde e pelos utentes (por si e pelos outros).

.

Utilizar linguagem simples, ter o cuidados de repetir a informação para validar que estes a entenderam, complementando muitas as vezes com suporte em papel

Procuo informar conforme a evidencia científica e colocar a decisão do lado do utente



tentar simplificar

Informação, conhecimento

documentos informativos existentes na usf para consulta.

Tento explicar ao utente como procurar certo tipo de tipologia de consulta; peço que os utentes com mais dificuldades para virem acompanhados

Esclarecimento de dúvidas, avaliação do que sabem sobre determinado assunto, informação disponível em sites credíveis

Adaptar a linguagem e informação á pessoa, oferecer folhetos escritos ou indicar fontes ou sites fidedignos para a pessoa procurar informação correta.

Falar de forma simples e validar com ele a compreensão da mensagem que tento transmitir

Tento adaptar a linguagem e conteúdo da informação que pretendo dar ao utente de acordo com o grau educacional da pessoa, de forma a que esta consiga compreender essa informação da melhor forma

São várias também. Destaco a escuta ativa para tentar perceber individualmente as dificuldades na compreensão da saúde/doença; a boa comunicação, empática mas também assertiva; a disponibilidade para esclarecer.

explicar varias vezes

Utilizar fontes fidedignas de informação; solicitar informações aos profissionais de saúde

Linguagem simples e adequada à compreensão, informação escrita

Tentar adequar a linguagem, evitando jargão técnico e fazer analogias com situações da vida diária

Informação eficaz é única por parte de todos os profissionais da unidade

Explicar pausadamente e com linguagem adequada ao utente que tenho perante mim

Adaptar na medida do possível a linguagem/informação ao receptor

formações sobre o funcionamento dos serviços e de quando recorrer aos serviços

Incentivando-os a ler.

Adequação da linguagem, abertura para o esclarecimento de dúvidas dos utentes.

Oriento para os sites da DGS.



Falar de forma clara, sem recorrer a linguagem muito técnica e validando com cada um deles se foi compreendido

A comparação, o exemplo, a esquematização e "desenho" da situação...

Esclareço as dúvidas e desmistifico mitos

Promover a literacia em saúde em cada oportunidade

Valido a informação que lhes transmito.

Dando exemplos de situações concretas com outros utentes não mencionando qualquer tipo de identificação e ser assertivo nas informações que os utentes necessitam.

Usar linguagem acessível e repetir verificando se percebeu

Explicação oral, uso de folhetos informativos, validação da informação

4. Na sua opinião, que recursos ou iniciativas poderiam ser implementados para melhorar a literacia em saúde dos utentes e facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e população?

40 respostas

Disponibilização de mais tempo dos profissionais para explicar e poder tirar dúvidas

Sessões de formação.

-Biblioteca de Literacia em Saúde: Criar um repositório digital com materiais educativos, guias e vídeos sobre saúde, acessível a todos os utentes

-Implementar programas educativos em escolas, comunidades e centros de saúde para aumentar a literacia em saúde desde cedo

-Realizar sessões regulares de educação em saúde, onde os utentes podem fazer perguntas e interagir com os profissionais

-Oferecer cursos de comunicação eficaz para profissionais de saúde, focando em técnicas de simplificação da linguagem e empatia

Melhores sites de informação clínica. Melhor publicidade de saúde em redes sociais. Mais panfletos nas unidades de saúde.

Os meios de comunicação social tradicionais (jornais e tv) e os mais contemporâneos (redes sociais) devem ter um papel mais ativo, mas também mais sério e responsável na transmissão de boa informação à população.

Palestras, interação com a comunidade

Mais informação prestada presencialmente nas escolas e diferentes instituições sociais pelos profissionais de saúde.

Aulas de saúde e auto cuidado nas escolas. A educação sobre saúde deveria ser generalizada nas escolas, na população com maior capacidade de aprendizagem e adoção de estilos de vida saudáveis.

Utilização de plataformas/ momentos de literacia (como o minuto verde, o minuto financeiro, etc.) nos meios de comunicação.

Workshops/ Momentos de Partilha entre profissionais de saúde e utentes do sistema de saúde (quer formais, quer informais).

.

Facilitar o acesso à informação de forma simples e clara, fomentando ações de formação em diferentes contextos por ex. Universidades seniores, jornais locais. Aproveitar os ecrãs colocados nas salas de espera para gestão de senha, para difundir informações simples e clara sobre saúde individual e comunitária.



De uma forma geral a literacia em saúde tem vindo a aumentar e os utentes sentem-se mais capazes para tomar decisões informadas, mas talvez seja importante haver mais fontes de informação disponíveis para pessoas de outras áreas que não a saúde (congressos, livros, revistas)

linguagem acessível

Partilha de experiências entre utentes

Mais informação do exterior, iniciativas governamentais através da televisão e outros órgãos de comunicação.

Distribuição de folhetos com informações, fazer sessões de esclarecimento, etc

A utilização de redes sociais, o acesso mais fácil ao profissional de saúde através do contacto por email, por ex

Participar em ações de educação para a saúde na comunidade, locais de trabalho, escolas, etc. Publicar informação nas redes sociais.

Divulgação de vários conteúdos sobre saúde nos meios de comunicação local, rádio e jornal. Colaboração com universidade sénior e outros grupos de reunião da população.

Site oficial da USF com conteúdo informativo de fácil compreensão, mais folhetos informativos (preferencialmente a cores), pósteres no centro de saúde com informação relevante

Divulgação da informação nos meios de comunicação social e redes social - que é o que a população mais consome. Divulgação de informação com cartazes por exemplo nos espaços públicos.

utilizar recursos mais proximos da comunidade, municipio, radio e programas de TV mais educativos, posteres, folhetos

Na era digital em que vivemos, talvez maior promoção de conteúdos nas redes sociais; manter a disponibilização de folhetos na USF

Informação clara e acessível, sessões de educação para a saúde

Publicidade Institucional, integrar no currículo escolar obrigatório, actividades na comunidade

Regulamentar as redes sociais e redes de comunicação social

Meios audiovisuais

Acções de esclarecimento e formação

secções para a saúde



Se a comunicação social não fosse dominada pelo Wokismo e instruisse, de facto, as pessoas. Podia ser um canal muito eficaz.
Através da sensibilização diária nas unidades. Promover livros gratuitos desta temática.

Promoção de aulas e divulgação de material educativo, nas escolas básicas, secundárias, universidade sénior, farmácias, órgãos de comunicação social locais e regionais.

Localmente devíamos recorrer a ações de formação conjuntas ao ar livre de preferência, caminhadas, piqueniques com alimentação saudável. Avaliar sinais vitais junto a locais de grande movimento (por exemplo ao pé da estação de comboios).

Uma atitude de proximidade, grande parte da população que recorre aos serviços de saúde é envelhecida e tem dificuldade em se adaptar a tantas alterações

Layout interactivos com informações pertinentes sobre saúde, questionários pre diagnóstico e/ou cuidados gerais para aferir conhecimentos, e subsequentemente correctivos desses mesmos conhecimentos (resposta educativa em prol da mudança)

Sessões para a população com temas ligados à saúde.

Mais momentos de interação entre profissionais de saúde e doentes

Disponibilização de informação no Site; Sessões de educação para a saúde.

Informando alguns tipo de utentes através das redes sociais/internet e disponibilizar panfletos/brochuras a outro tipo de utentes.

Ações de formação para a população para informações sobre saúde

Sessões de educação para a saúde na comunidade (centro de saúde, escolas, lares, universidade sénior, programas de rádio e TV)

5. De que forma integra no seu dia a dia profissional os princípios da literacia em saúde ao comunicar com os utentes? Pode dar exemplos práticos?

40 respostas

Avaliar o conhecimento diferenciado que o utente possa apresentar e adequar a linguagem por forma a ser transmitida a informação.

Adequo a linguagem e termos ao utente, valido se a informação foi compreendida.

Simplificação da Linguagem: Em vez de usar termos médicos complexos, explicar as condições e tratamentos em linguagem simples e acessível. exemplo: "Vamos fazer um exame de sangue para verificar como está a sua saúde"

Escuta Ativa e Empática: Fazer perguntas abertas e ouvir atentamente as respostas dos utentes. exemplo: "Como você está se sentindo hoje?"

Dou panfletos, dou indicação de sites de saúde fidedignos, ajudo na instalação e utilização da app Saúde 24.

Tento adequar a minha linguagem ao utente e não usar jargão médico. Quando não sei, não invento. Passo informação que tenho como garantida de ser de fontes fidedignas. Procuo responder às dúvidas dos utentes de forma clara e objetiva.

Em todas as consultas, sendo agente ativo na procura da educação do doente

Palestras feitas nas escolas do concelho para partilha de informação, entrega de folhetos com informação fiável.

Evito usar jargão médico ou explico por palavras simples o que significa. Uso uma comunicação baseada no modelo ACP - Assertividade, Clareza e Positividade .

Uso muito imagens ou esquemas, por exemplo para explicar que os rins são a nível dorsal e não nas ancas como muitos utentes referem e que só causam dor em situações muito específicas. Comparo os vasos sanguíneos a canos da casa para explicar a HTA / dislipidemia e o risco trombotico - canos entupidos (AVC isquémico / EAM) ou rotura de canos (AVC hemorrágico).

Uso os gráficos do U prevent para mostrar as barras a subir consoante o risco cardiovascular .

Explicar, utilizando linguagem simples e compreensível, evitando o jargão médico.

Responsabilizar a pessoa pela sua saúde.

Demonstração de imagens, esquemas ilustrativos.

Explicar que deve sempre fazer-se acompanhar pelos seus medicamentos e exames, nomeadamente os mais recentes.

Explicar de forma simples os processos diagnósticos, as alternativas terapêuticas, e ajudar a pessoa a beneficiar do princípio da autonomia, que lhe é inerente (capacitar/ "empoderamento").



Utilizando uma linguagem simples, validando com estes se compreenderam a informação que lhes queria transmitir. Dando-lhes tempo para falarem e refletirem nos conteúdos

Informo e incentivo a responsabilização. Por exemplo, na consulta de diabetes, informo sobre os benefícios e riscos da vacina que protege contra pneumococos e esclareço sobre dúvidas. Procurando não influenciar a decisão do utente, respeito a sua decisão, independentemente da minha opinião.

Consultas de apoio nomeadamente na Diabetes

documentos informativos existentes na usf para consulta.

Um exemplo: faço guias de tratamento com as tampas das caixas de medicamentos para os doentes analfabetos

Procuo esclarecer ideias prévias, avaliar conhecimento sobre determinado tema, disponibilizar-me para esclarecer dúvidas...

Publico informação sobre saúde nas redes sociais, na página da Unidade.

Falar de forma clara, facultando-lhe informação em suporte de papel que possa consultar posteriormente

Tento usar linguagem simples e utilizar comparações fáceis de compreender, recorro também a imagens na internet de forma a conseguir ilustrar melhor o que estou a explicar

Dou folhetos informativos, sugiro sites credíveis, comunico com os meus doentes.

educação para a saúde, disponibilizar folhetos informativos

Tentar explicar por palavras acessíveis (não utilização de jargão médico) as dúvidas que o utente traz; tentar disponibilizar fontes fidedignas de informação, esclarecer e informar

Informação escrita, validação se compreendeu a informação

Todos os dias, em cada consulta, há uma necessidade premente de o fazer, porque há um tremenda falta e erros, desde a procura de cuidados, à forma com acedem aos cuidados, à forma como não aderem às medidas, etc, etc.

Explicar de forma sistemática os circuitos da USF, da ULS e dos ministério da saúde

Explico o que faço

Adaptar o discurso para que possa passar a informação necessária da forma mais direta e clara aos utentes. Na comunicação com um utente idoso a forma como passamos a informação deve ter em atenção as possíveis limitações do mesmo.



ensinos de quando recorrer aos serviços de saúde de acordo com os sintomas e a quais os serviços de saúde que deve recorrer

Não só na comunicação, como em todas as tarefas que desempenho. Tento ser um consultor da situação que me é apresentada. Com a literacia que disponho, apresento uma solução que, ao dialogar com o utente, verifico se é a que oferece melhor qualidade ao mesmo. Por exemplo.

Uso de linguagem simples e acessível, adaptada ao contexto do utente, utilização de materiais visuais, avaliação da compreensão

Em todas as consultas de enfermagem refiro para se informarem com quem sabe. Diariamente desaconselho o uso de desinfetantes/bactericidas na ferida aguda.

Mostrando disponibilidade para os ouvir e tentando comunicar de forma clara com ex. práticos do seu dia a dia

Recomendo consultar a tabela nutricional dos alimentos processados (relação HC, gorduras saturadas e outros), para prevenção de acidentes domésticos na primeira infância recomendo os pais gatinharem pelo espaço onde irá gatinhar o filho, e tudo o que o ângulo de visão deles alcançar que possa chamar á atenção e ser potencialmente perigoso, terá de ser acautelado

Tento incluir o doente sempre nas decisoes

Ouvir, compreender e explicar/desmistificar

Faço-os repetir a informação que lhes transmiti.

Informando-os de como devem utilizar os serviços de saúde para as necessidades que apresentam.

Linguagem acessível aos utentes e perguntar se perceberam

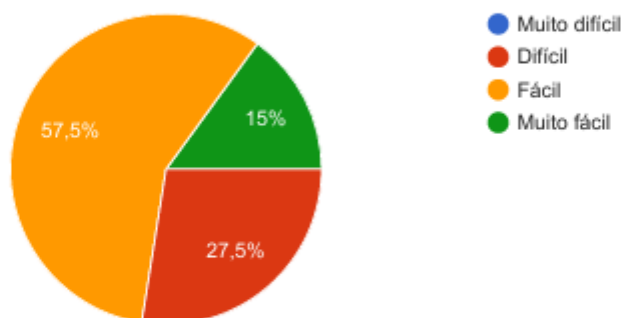
Questionando o que conhece sobre determinado assunto, informando e reformulando questões para o utente explicar o que entendeu e o que faz

Escala HLS-EU-PT-Q16

1. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?

 Copiar

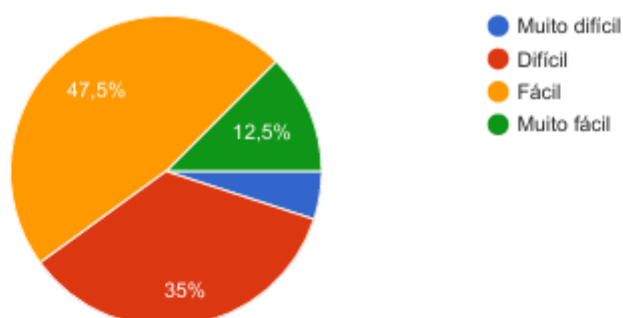
40 respostas



2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?

 Copiar

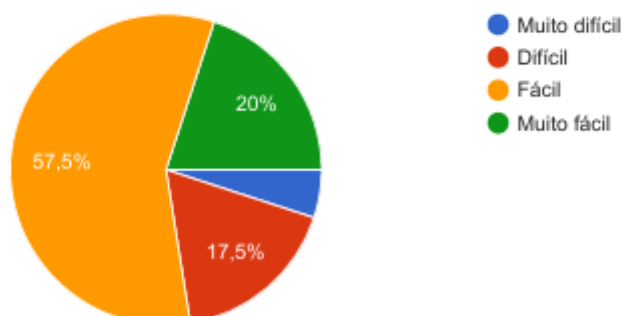
40 respostas



3. Compreender o que o seu médico lhe diz?

 Copiar

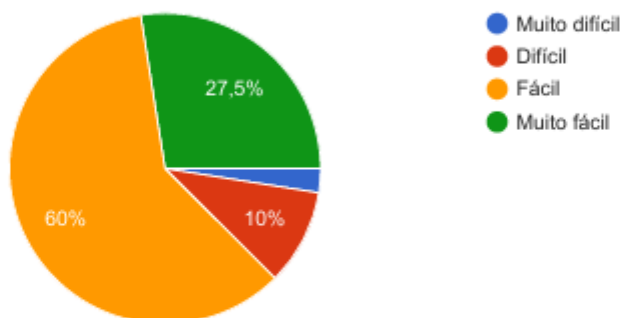
40 respostas



4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?

 Copiar

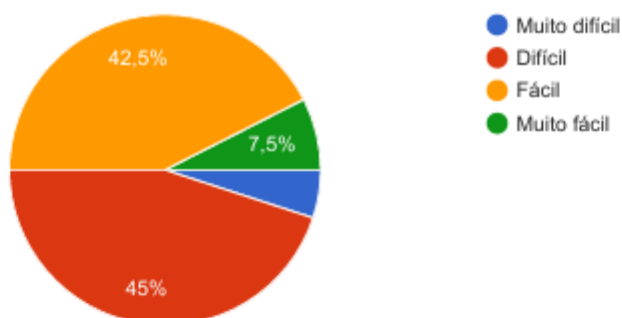
40 respostas



5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?

 Copiar

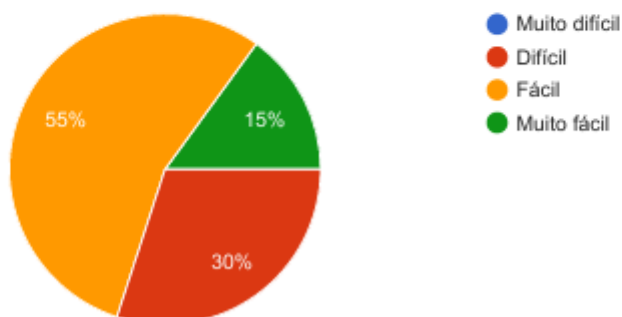
40 respostas



6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?

 Copiar

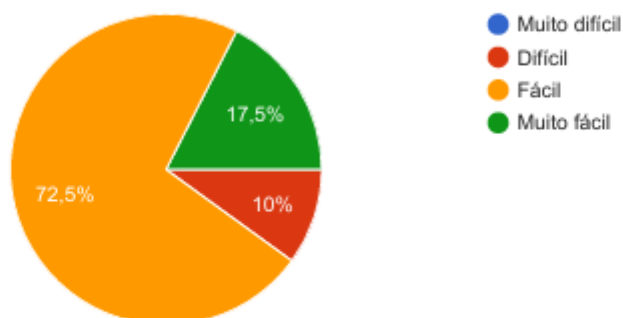
40 respostas



7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?

 Copiar

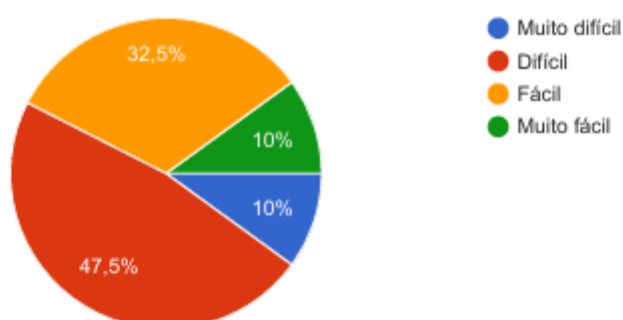
40 respostas



8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?

 Copiar

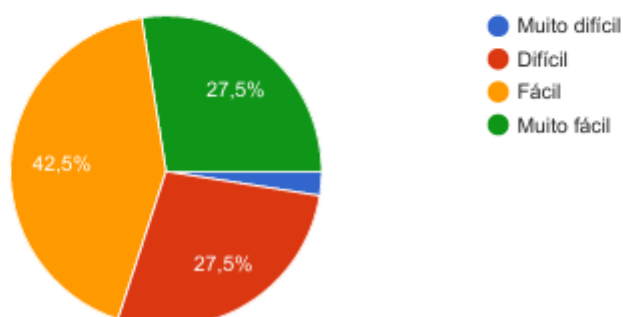
40 respostas



9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?

 Copiar

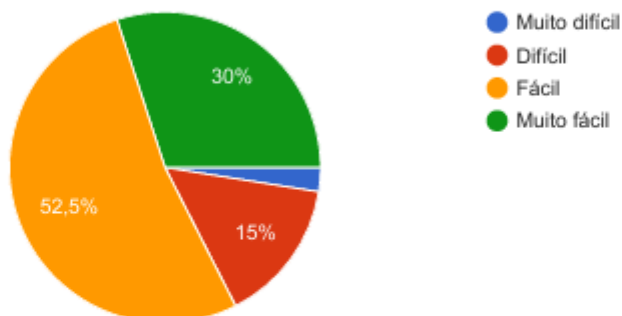
40 respostas



10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?

 Copiar

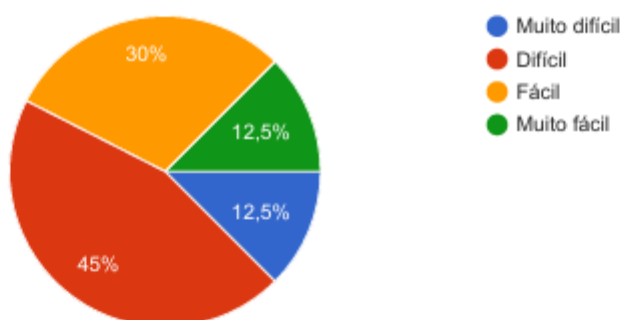
40 respostas



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

 Copiar

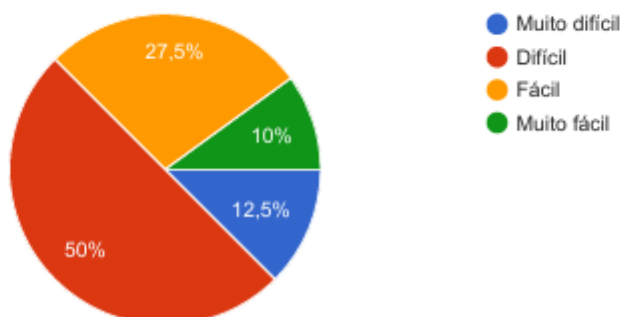
40 respostas



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

 Copiar

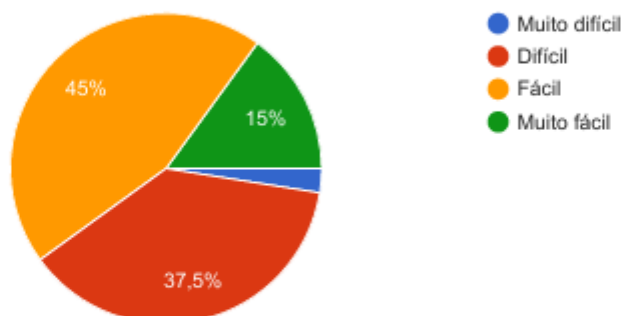
40 respostas



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

 Copiar

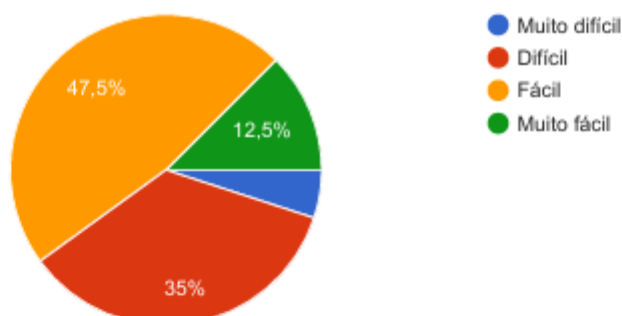
40 respostas



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

 Copiar

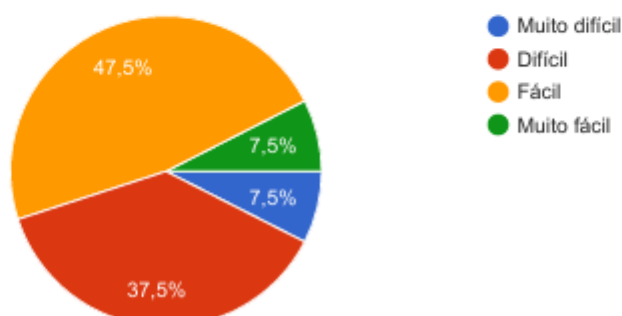
40 respostas



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

 Copiar

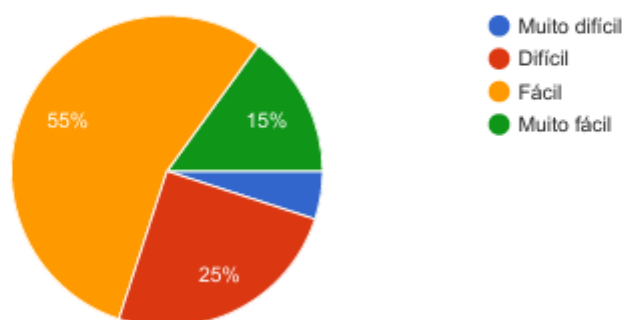
40 respostas



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

 Copiar

40 respostas



Obrigado(a) pela sua participação. A sua contribuição é muito valiosa!

APÊNDICE I – Análise da aplicação da escala HLS-EU-PT-Q16

| Categoria profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | Índice | Total | Classificação | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|--------|---------------------|--------------|----------|
| Enfermeiro(a) | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,75 | 12 | problemático | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,375 | 6 | inadequado | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,875 | 14 | adequado | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0,5625 | 9 | problemático | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,875 | 14 | adequado | |
| Médico(a) | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,6875 | 11 | problemático | |
| Enfermeiro(a) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | inadequado | |
| Enfermeiro(a) | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1875 | 3 | inadequado | |
| Administrativo(a) | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0,4375 | 7 | inadequado | |
| Enfermeiro(a) | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,3125 | 5 | inadequado | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | adequado |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,75 | 12 | problemático | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,9375 | 15 | adequado | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | adequado |
| Médico(a) | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0,125 | 2 | inadequado | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0,625 | 10 | problemático | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | adequado |
| Médico(a) | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1875 | 3 | inadequado | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | adequado |
| Médico(a) | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0,4375 | 7 | inadequado | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,6875 | 11 | problemático | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,75 | 12 | problemático | |
| Administrativo(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,625 | 10 | problemático | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | adequado |
| Enfermeiro(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0,8125 | 13 | adequado | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,125 | 2 | inadequado | |
| Enfermeiro(a) | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,875 | 14 | adequado | |
| Administrativo(a) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,625 | 10 | problemático | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,75 | 12 | problemático | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,75 | 12 | problemático | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 8 | inadequado | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0,625 | 10 | problemático | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,75 | 12 | problemático | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0,5 | 8 | inadequado | |
| Administrativo(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,6875 | 11 | problemático | |
| Médico(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,75 | 12 | problemático | |
| Enfermeiro(a) | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0,5 | 8 | inadequado | |
| Administrativo(a) | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,8125 | 13 | adequado | |
| Administrativo(a) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,9375 | 15 | adequado | |
| Enfermeiro(a) | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 8 | inadequado | |
| Média | 1,414634146 | 1,170731707 | 1,512195122 | 1,707317073 | 0,975609756 | 0,7 | 1,756097561 | 0,829268293 | 1,365853659 | 1,609756098 | 0,829268293 | 0,731707317 | 1,170731707 | 1,170731707 | 1,073170732 | 1,365853659 | | 10,275 | Problemático | | |

| Categoria profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | Média |
|------------------------|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|------|-----|-------|------|-------|-------------|-------------|-----|----------|
| Enfermeiro(a) | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2,75 |
| Médico(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2,1875 |
| Médico(a) | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3,75 |
| Médico(a) | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2,875 |
| Médico(a) | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3,1875 |
| Médico(a) | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2,75 |
| Enfermeiro(a) | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1,8125 |
| Enfermeiro(a) | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2,1875 |
| Administrativo(a) | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2,4375 |
| Enfermeiro(a) | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2,25 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Médico(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2,75 |
| Médico(a) | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3,625 |
| Médico(a) | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3,9375 |
| Médico(a) | 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1,6875 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2,625 |
| Enfermeiro(a) | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3,6875 |
| Médico(a) | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1,9375 |
| Enfermeiro(a) | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3,6875 |
| Médico(a) | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2,375 |
| Médico(a) | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2,6875 |
| Médico(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2,875 |
| Administrativo(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2,625 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2,8125 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1,9375 |
| Enfermeiro(a) | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3,25 |
| Administrativo(a) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2,625 |
| Médico(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2,75 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 3,1875 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2,5 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2,6875 |
| Médico(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2,75 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2,5 |
| Administrativo(a) | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2,75 |
| Médico(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2,8125 |
| Enfermeiro(a) | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2,5 |
| Administrativo(a) | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2,8125 |
| Administrativo(a) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3,125 |
| Enfermeiro(a) | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2,4375 |
| Média | 2,875 | 2,675 | 2,925 | 3,125 | 2,525 | 2,85 | 3,075 | 2,425 | 2,95 | 3,1 | 2,425 | 2,35 | 2,725 | 2,675 | 2,55 | 2,8 | 2,753125 |
| Média scores | 31,25 | 27,91666667 | 32,08333333 | 35,41666667 | 25,41666667 | 30,83333333 | 34,58333333 | 23,75 | 32,5 | 35 | 23,75 | 22,5 | 28,75 | 27,91666667 | 25,83333333 | 30 | 29,21875 |

APÊNDICE J - Grelhas de análise das perguntas de resposta aberta

Tabela 1 – Grupo Profissional dos Assistente Técnicos

| Grupo Profissional - Assistente Técnicos | | |
|---|---|--|
| Tema: Competências de literacia em saúde | | |
| Categoria | Subcategoria | Unidades de registo |
| Acesso à informação | Informação incorreta proveniente de terceiros | Percebem que os utentes chegam mal informados devido a “informações enganadoras que recebem de outrem”. |
| | Utilização inadequada do SNS | <i>Importante “informar os utentes de como devem usar os serviços de saúde” sem abusos ou usos desnecessários</i> |
| Compreensão da informação | Barreiras linguísticas ou cognitivas | “linguagem” como obstáculo |
| Avaliação da informação | Ausência de pensamento crítico e responsabilidade | <i>“falta de envolvimento nas questões cívicas”</i> |
| Aplicação/utilização da informação | - | - |
| Tema: Estratégias promotoras de literacia em saúde | | |
| Estratégias promotoras de acesso | Promoção do acesso via comunicação local/presencial | <i>“materiais informativos na unidade de saúde (p.ex. folhetos, brochuras)” “disponibilização de informação no momento do atendimento”</i> |
| Estratégias promotoras da compreensão | Adaptação da linguagem | <i>“adaptar na medida do possível a linguagem/informação ao recetor” “passar a informação da forma mais direta e clara”</i> |
| Estratégias promotoras da capacidade de avaliação | - | - |
| Estratégias promotoras da capacidade de aplicação/utilização da informação | Orientação para utilização adequada dos recursos | <i>“como devem utilizar os serviços de saúde para as necessidades que apresentam”</i> |

Tabela 2 – Grupo Profissional dos Enfermeiros

| Grupo Profissional – Enfermeiros | | |
|---|--|--|
| Tema: Competências de literacia em saúde | | |
| Categoria | Subcategoria | Unidades de registo |
| Acesso à informação | Dificuldade na obtenção de informação de fonte fidedigna | <i>“Utentes consultam a internet e redes sociais, sendo expostos a informações falsas” internet como fonte de desinformação expostos a “informações falsas... nas redes sociais e notícias”</i> |
| | Dificuldade em filtrar informação | <i>“Excesso de informação difícil de filtrar” dificuldade em distinguir o que é fidedigno</i> |
| | Acesso desigual à informação | <i>Refletem que utentes de zonas rurais e idosos enfrentam maiores dificuldades. Destacam abundância de dados online e a falta de meios para os validar.</i> |
| Compreensão da informação | Barreiras linguísticas ou cognitivas | <i>a linguagem utilizada... não se adapta à pessoa”</i> |
| | Retenção limitada de informação | <i>mesmo após explicações alguns utentes “ficam com dúvidas” ou não entendem diferenças entre instituições do sistema de saúde utente pode sair da interação sem assimilar tudo, o que reforça a necessidade de estratégias de comunicação mais eficazes</i> |
| Avaliação da informação | Capacidade de filtrar informação | <i>“pouca capacidade de filtrar a informação de forma correta” dificuldade em distinguir informação verdadeira de falsa ou relevante de irrelevante “colocar em prática informações... de modo a melhorar a saúde”</i> |
| Aplicação/ utilização da informação | Utilização inadequada dos recursos de saúde | <i>“utilização dos recursos errados (vizinhos, internet...)”,</i> |
| | Construção de recursos orientadores | <i>“recomenda consultar a tabela nutricional dos alimentos processados” “comparação, o exemplo, a esquematização e ‘desenho’ da situação”</i> |
| | Correção de mitos | <i>“questionários pré-diagnóstico... para aferir conhecimento e posteriormente corrigir esses conhecimentos (resposta educativa)”</i> |
| | Responsabilidade individual | <i>“informo e incentivo a responsabilização”</i> |
| Tema: Estratégias promotoras de literacia em saúde | | |
| Estratégias promotoras de acesso | Comunicação digital | <i>Redes sociais da unidade de saúde Sites oficiais e confiáveis (ex.: Direção-Geral da Saúde)</i> |
| | Promoção do acesso via comunicação local/presencial | <i>Televisores e outros meios em salas de espera, ex. cartazes alusivos a diferentes temáticas, panfletos diversos</i> |
| Estratégias promotoras da compreensão | Adaptação da linguagem | <i>usar “linguagem simples e adequada à compreensão”</i> |
| | Utilização de recursos | <i>fornecer informação escrita de fácil leitura – por exemplo, folhetos ou resumos</i> |

| | | |
|---|---|--|
| | Verificação da compreensão (técnica teach-back) | <p><i>“confirmar a compreensão... através de perguntas e repetir informações importantes para garantir que foram bem assimiladas”</i></p> <p><i>“questionar o que [o utente] conhece sobre determinado assunto, reformulando questões para ele explicar o que entendeu”</i></p> <p><i>“disponibilidade para esclarecer” a “escuta ativa”</i></p> <p><i>“repetir pausadamente a informação”</i></p> |
| Estratégias promotoras da capacidade de avaliação | Dificuldades na mobilização da informação | <i>“má adesão à terapêutica”</i> |
| | Decisões incorretas | <i>“tomar decisões baseadas em informações erradas”.</i> <i>“acreditam em conceitos errados”</i> |
| Estratégias promotoras da capacidade de aplicação/utilização da informação | Ações de Educação para a saúde | <i>“Biblioteca de Literacia em Saúde”</i> <i>ações de formação e sessões educativas em escolas, lares, empresas e centros de saúde</i> |

Tabela 3 – Grupo Profissional dos Médicos

| Grupo Profissional – Médicos | | |
|---|--|--|
| Tema: Competências de literacia em saúde | | |
| Categoria | Subcategoria | Unidades de registo |
| Acesso à informação | Dificuldade na obtenção de informação de fonte fidedigna | <i>“Utentes consultam a internet e redes sociais, sendo expostos a “informações falsas”” internet como fonte de desinformação expostos a “informações falsas... nas redes sociais e notícias”</i> |
| | Dificuldade em filtrar informação | <i>“Excesso de informação difícil de filtrar” dificuldade em distinguir o que é fidedigno</i> |
| | Utilização inadequada do SNS | <i>“não entendem como funciona o sistema de saúde” ou “não sabem procurar informações creíveis”, dificuldade de muitos utentes em compreender o funcionamento dos serviços de saúde Utilização inadequada e procura excessiva de cuidados (por exemplo, recorrendo a serviços de urgência) .</i> |
| Compreensão da informação | Barreiras linguísticas ou cognitivas | <i>“pessoas idosas têm dificuldade em entender o que é dito nas consultas”, “baixo nível de escolaridade” ou “falta de senso comum” “poucos conhecimentos de anatomia ou da própria doença” “falta de interesse dos utentes em obter conhecimento”</i> |
| | Retenção limitada de informação | <i>mesmo após explicações alguns utentes “ficam com dúvidas” ou não entendem diferenças entre instituições do sistema de saúde “utente pode sair da interação sem assimilar tudo, o que reforça a necessidade de estratégias de comunicação mais eficazes”</i> |
| Avaliação da informação | Capacidade de filtrar a informação | <i>“dificuldade em selecionar fontes de informação de qualidade” “tomar decisões conscientes, autónomas e baseadas na melhor evidencia científica” “conjunto de conhecimentos e competências que permitem... tomar decisões e atitudes informadas sobre a sua saúde” “pensar riscos e benefícios, entender fatores de risco e prevenção de doenças, e escolher com critérios opções de tratamento ou comportamentos saudáveis”</i> |
| | Ausência de pensamento crítico e responsabilidade | <i>“desresponsabilização face à sua própria saúde, depositando no sistema a responsabilidade”, ou têm “expetativas desajustadas” dos tratamentos</i> |
| Aplicação/ utilização da informação | Utilização inadequada dos recursos de saúde | <i>“procuram os cuidados de forma inadequada e excessiva”</i> |
| | Construção de recursos orientadores | <i>“tabelas de terapêutica crónica” “guias de tratamento com as tampas das caixas de medicamentos para os doentes analfabetos”,</i> |
| | Correção de mitos | <i>“desmistificar mitos” e perguntar ao utente “o que conhece sobre determinado assunto” para então corrigir, o profissional está exercitando junto ao utente a análise da informação – distinguindo o correto do incorreto</i> |
| | Responsabilidade individual | <i>“responsabilizar a pessoa pela sua saúde”</i> |
| Tema: Estratégias promotoras de literacia em saúde | | |
| | Comunicação digital | <i>“iniciativas governamentais através da televisão e outros órgãos de comunicação” Regulamentação e responsabilização das redes sociais/ mídia</i> |

| | | |
|---|---|--|
| Estratégias promotoras de acesso | Promoção do acesso via comunicação local/presencial | <p>“campanhas institucionais”</p> <p>“atividades comunitárias presenciais”</p> |
| Estratégias promotoras da compreensão | Adaptação da linguagem | <p>“explicar... evitando o jargão médico”</p> <p>“falar de forma clara, sem linguagem muito técnica”</p> <p>“ajustar a informação de acordo com o grau educacional de pessoa, de forma que esta consiga compreender”</p> |
| | Utilização de recursos | <p>“exemplos de situações concretas”</p> <p>“explico as doenças com imagens”</p> <p>“demonstração de imagens, esquemas ilustrativos” a ilustrar orientações</p> <p>“dou folhetos informativos, sugiro sites credíveis”</p> |
| | Verificação da compreensão (técnica teach-back) | <p>“confirmar a compreensão... através de perguntas e repetir informações importantes para garantir que foram bem assimiladas”</p> <p>“questionar o que [o utente] conhece sobre determinado assunto, reformulando questões para ele explicar o que entendeu”</p> <p>“disponibilidade para esclarecer” a “escuta ativa”</p> <p>“repetir pausadamente a informação”⁰</p> |
| Estratégias promotoras da capacidade avaliação | Promoção da tomada de decisão informada | <p>“não influenciar a decisão do utente”</p> <p>“respeitar a decisão do utente, independentemente da minha opinião”</p> |
| | Dificuldades na mobilização da informação | <p>“a maior parte dos utentes não tenta compreender, mas sim satisfazer os interesses deles rapidamente”</p> |
| | Decisões Incorretas | <p>“não sabem fazer uma abordagem básica inicial em caso de doença não complicada, procuram informação de fontes duvidosas”</p> |
| Estratégias promotoras da capacidade de aplicação/utilização da informação | Orientação para utilização adequada dos recursos | <p>“como procurar certos tipos de consulta” ou “qual o circuito”</p> |
| | Ações de Educação para a Saúde | <p>“aulas de saúde e autocuidado nas escolas”</p> <p>Companhas nas redes sociais</p> <p>“ações de formação” e “sessões educativas em escolas, lares, empresas e centros de saúde</p> |

Tabela 4 – Síntese dos grupos profissionais (Assistente Técnicos, Enfermeiros e médicos) por tema, categoria e subcategoria

Tema - Competências de literacia em saúde


| Categoria | Subcategoria | Assistente Técnico | Enfermeiro | Médico |
|--------------------------------------|--|---|--|--|
| Acesso à informação | Informação incorreta / fontes não fidedignas | Utentes mal informados por informações enganadoras de terceiros | Exposição a informações falsas na internet e redes sociais; dificuldade em identificar fontes fidedignas | Exposição a informação falsa na internet e redes sociais; dificuldade em distinguir informação fidedigna |
| | Dificuldade em filtrar informação | — | Excesso de informação difícil de filtrar | Excesso de informação difícil de filtrar |
| | Utilização inadequada do SNS | Uso inadequado dos serviços de saúde | Utilização de recursos errados (vizinhos, internet, etc.) | Uso inadequado do SNS (urgências/cuidados primários) |
| | Acesso desigual à informação | — | Maior dificuldade em zonas rurais e idosos | — |
| Compreensão da informação | Barreiras linguísticas/cognitivas | Linguagem como obstáculo | Linguagem utilizada não se adapta à pessoa | Linguagem técnica e desconhecimento de anatomia/farmacologia |
| | Retenção limitada de informação | — | Dificuldade em reter informação após a consulta | Dificuldade em reter informação após consulta, reforçada por excesso de estímulos |
| Avaliação da informação | Falta de pensamento crítico / responsabilidade | Falta de envolvimento cívico | Pouca capacidade de distinguir informação correta/errada | Ausência de pensamento crítico e responsabilização |
| | Capacidade de filtrar informação | — | Dificuldade em distinguir informação verdadeira/falsa | Dificuldade em selecionar fontes de qualidade |
| Aplicação / utilização da informação | Uso de recursos de saúde | — | Utilização inadequada dos recursos | Uso excessivo ou inadequado dos recursos |
| | Construção de recursos orientadores | — | Consulta de rótulos, esquematização de situações | Tabelas terapêuticas, esquemas de medicação |
| | Correção de mitos | — | Questionamento e correção de conhecimentos | Correção de mitos e informação incorreta |
| | Responsabilidade individual | — | Promoção da responsabilização | Responsabilização da pessoa pela saúde |

Tema - Estratégias promotoras de literacia em saúde

| Categoria | Subcategoria | Assistente Técnico | Enfermeiro | Médico |
|----------------------------------|------------------------------|---|---|---|
| Estratégias promotoras de acesso | Comunicação local/presencial | Materiais informativos, informação no atendimento | Cartazes, panfletos, TVs em salas de espera | Campanhas institucionais, atividades comunitárias |

| | | | | |
|--|---|--------------------------------|--|---|
| | Comunicação digital | — | Redes sociais, sites institucionais | Comunicação governamental e media |
| Estratégias promotoras de compreensão | Adaptação da linguagem | Linguagem direta e clara | Linguagem simples e adequada | Adaptação ao nível sociocultural |
| | Utilização de recursos | — | Folhetos, recursos visuais | Desenhos, esquemas, imagens |
| | Verificação da compreensão | — | Técnica teach-back, repetição | Teach-back, repetição e esclarecimento |
| Estratégias promotoras da capacidade de avaliação | Estímulo ao pensamento crítico | — | Identificação de decisões incorretas | Promoção da decisão informada |
| | Dificuldades na mobilização | — | Má adesão terapêutica | Falta de compreensão de doenças complexas |
| Estratégias promotoras da capacidade de aplicação/utilização da informação | Orientação para uso adequado dos recursos | Como usar os serviços de saúde | — | Uso de consultas e guias clínicas |
| | Educação para a saúde | — | Bibliotecas de literacia, sessões educativas | Ações educativas em escolas, lares e centros de saúde |

ANEXO A - Autorização utilização da escala HLS-EU-PT-Q16

 Outlook

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

De Ana Rita Pedro <[REDACTED]>

Data qui, 14/11/2024 02:55

 1 anexo (364 KB)

Formulário Literacia em Saúde .pdf;

Boa tarde.

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

Peço que em publicações e comunicações seja citado o artigo de validação da mesma em Portugal:

<https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/2892>

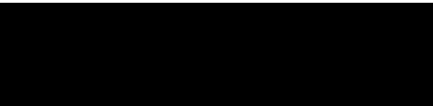
Se for necessária ajuda para o calculo dos Scores, por favor não hesite em contactar.

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

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD

Escola Nacional de Saúde Pública



ANEXO B - Escala HLS-EU-PT-Q16

GRUPO I – Questionário Europeu de Literacia em Saúde

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

| | |
|---|---|
| 1. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 3. Compreender o que o seu médico lhe diz? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil |

| | |
|---|---|
| | 5 - Não Sei |
| 8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 10. Compreender porque precisa de fazer rastreios? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |

| | |
|---|---|
| 15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |
| 16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde? | 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei |

ANEXO C – Parecer de Comissão de Ética

PARECER

Comissão de Ética para a Saúde

PARA: Presidente do Conselho de Administração

C/C: Direção Clínica

DE: Presidente da CES

PARECER Nº: 10/2025

ASSUNTO: PARECER SOBRE O PROJETO DE INVESTIGAÇÃO, INTITULADO: “Conceito de Literacia em saúde para os profissionais de saúde de uma Unidade Local de Saúde”

DATA: 27 DE FEVEREIRO DE 2025

1. Enquadramento

Estudo transversal descritivo que tem como principal objetivo caracterizar o conceito de literacia em saúde dos profissionais de saúde das USF da ULS Estuário do Tejo através da aplicação da escala de literacia em Saúde ‘European health literacy survey’ validada para a população portuguesa (HLSEU-PT).

Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio demograficamente os profissionais de saúde;
- Identificar os domínios da literacia em saúde auto percecionados pelos profissionais de saúde;
- Analisar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos domínios da literacia em saúde;

2. Avaliação da pertinência do estudo, a qualidade da sua conceção e o protocolo elaborado

Foi avaliada a relevância e ganhos para a saúde, bem como a validade científica do protocolo de investigação.

3. Avaliação dos riscos e benefícios previsíveis

Considerou-se equilibrado o binómio risco-benefício para os participantes.

4. Aptidão do investigador principal

O investigador principal é Ângela Maduro, enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde Familiar da USF [REDACTED] tendo sido avaliado o seu currículo. As

orientadoras do projeto são a Prof. Ana Spínola e a Prof. Celeste Godinho, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

5. Condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo

Consideram-se adequadas as condições materiais e humanas existentes na ULS [REDACTED] para a realização da investigação em apreço.

6. Montantes e modalidades de compensação eventuais dos participantes

Não estão previstas compensações aos participantes do estudo.

7. Modalidades de recrutamento dos participantes

Os critérios de inclusão e exclusão estão definidos no protocolo.

8. Situações de conflito de interesse por parte do promotor e do investigador

Desconhecem-se situações de conflito de interesse.

9. O prazo e condições de acompanhamento clínico dos participantes, após a conclusão do estudo clínico bem como, quando aplicável, o prazo de presunção superior ao previsto no nº3 do artigo 15º da Lei nº21/2014 de 16 de Abril

Não aplicável ao presente estudo.

10. O procedimento de obtenção de consentimento informado

Está prevista a obtenção de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, contemplando a disponibilização de informação escrita para o participante, clarificadora dos objetivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes da sua participação no estudo, explicitando a sua inteira liberdade para decidir aceitar ou para decidir recusar a participação, garantindo que esta última opção está isenta de retaliação, afirmando idêntico grau de liberdade para, em qualquer momento do decorrer do estudo, poder anular uma decisão inicial de aceitação de participação – sem que lhe seja pedida justificação.

Em reunião da CES de 30 de Janeiro de 2025 foram pedidos os seguintes esclarecimentos à Investigadora Principal:

- A escala que desejam aplicar, HLS-Eu-PT, está validada para a população portuguesa mas visa utentes e o propósito objetivado pela investigação são profissionais de saúde. Como pretendem caracterizar a literacia em saúde de profissionais de saúde com esta escala?
- Na definição da amostra, caracterizam todos os profissionais que trabalham na ULS, mas são excluídos algumas categorias profissionais. Não conseguimos perceber esta exclusão. Porque não são todos?
- Ficam-nos dúvidas quanto à metodologia em geral (como vão aplicar, em que moldes...).
- No questionário sócio demográfico, estão sinalizadas nacionalidades específicas, que podem levar à identificação do profissional e que não é informação útil para os objetivos apresentados, podendo levantar questões éticas aos profissionais indagados.
- Ficamos pouco esclarecidos quanto aos objetivos (ex: referem profissionais da ULS mas apenas vão indagar profissionais das USF...);

- Há uma afirmação no projeto sem fundamentação em que se afirma que "identificou-se como problema a literacia em saúde dos profissionais de saúde da ULS." Esta afirmação merecia uma reformulação.

A resposta da investigadora principal foi avaliada na reunião da CES de 27 de Fevereiro de 2025, e foi complementada por reunião por videoconferência a 5 Março de 2025, com as orientadoras do projeto, Prof. Ana Spínola e a Prof. Celeste Godinho, para esclarecimento do protocolo de estudo.

Foi enviado protocolo de estudo revisto que foi aprovado por parecer consultivo por todos os membros presentes na reunião da CES a 27 de Fevereiro de 2025.

Os membros da CES apreciaram a fundamentação do investigador principal sobre o pedido de parecer e não encontraram conflitos éticos a condicionar a realização do estudo. O processo foi votado pelos membros da CES presentes e foi aprovado por unanimidade.

Vila Franca de Xira, 19 de Março de 2025,

Presentes:

A Relatora

[Redacted signature]

A Presidente da CES

[Redacted signature]