

# REVISTA PORTUGUESA DE LITERACIA EM SAÚDE

Edição 1 · Outubro 2023



# **A lacuna na eliteracia em saúde cardiovascular: A sua relação com o nível de escolaridade de residentes do concelho de Lisboa**

The gap in cardiovascular health e-literacy:  
The influence of the educational level of residents of the Lisbon municipality

---

Raphaël Baptista

Centro de Administração e Políticas Públicas,  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas,  
Universidade de Lisboa (CAPP, ISCSP, ULisboa), Portugal

# Resumo

---

As plataformas *eHealth* têm sido rapidamente desenvolvidas, especialmente durante a pandemia da Covid-19, período em que se expandiram, por exemplo, as teleconsultas. Assim, com a digitalização da saúde, emerge a necessidade de perceber “um conjunto de conhecimentos, ou de uma literacia própria” (Norman & Skinner, 2006, p. 9). A eliteracia em saúde aborda a capacidade de obter, processar e compreender informações relacionadas com a saúde em plataformas digitais e/ou *online*. No entanto, a utilização destas ferramentas, mais concretamente, das redes sociais *online*, pode trazer algumas desvantagens. O objetivo da presente investigação é aferir o nível de eliteracia em saúde cardiovascular de residentes do concelho de Lisboa, relacionando-o com o nível de escolaridade, numa ótica ligada à hipótese do *knowledge gap*. Foi aplicado um inquérito por questionário, no qual se inclui a escala eHEALS. Os resultados apontam para a influência das habilitações académicas no nível de eliteracia em saúde, tornando as pessoas com baixo nível de escolaridade mais vulneráveis a, por exemplo, *fake news*. Tendo em conta a multidisciplinaridade da eliteracia em saúde, recomenda-se a criação de iniciativas pedagógicas tanto a nível da saúde, como a nível das tecnologias digitais.

---

## **PALAVRAS-CHAVE:**

eliteracia em saúde; nível de escolaridade; eHEALS; doenças cardiovasculares; saúde cardiovascular.

## Abstract

---

eHealth platforms have been rapidly developed, especially during the Covid-19 pandemic, during which teleconsultations, for example, expanded. Thus, with the digitization of healthcare, there is a need to understand “a set of knowledge or a specific literacy” (Norman & Skinner, 2006, p. 9). eHealth literacy addresses the ability to access, process, and understand health-related information on digital and/or online platforms. However, the use of these tools, specifically online social networks, can have some disadvantages. The objective of this research is to assess the level of cardiovascular health eLiteracy among residents of the Lisbon municipality, relating it to the level of education, within the knowledge gap hypothesis perspective. A questionnaire survey was conducted, including the eHEALS scale. The results indicate the relation of educational qualifications on the level of health eLiteracy, making individuals with a lower level of education more vulnerable to, for example, fake news. Given the multidisciplinary nature of health eLiteracy, the creation of educational initiatives is recommended both in the healthcare and digital technology fields.

---

### KEYWORDS:

health eLiteracy; level of education; eHEALS; cardiovascular diseases; cardiovascular health.

# Introdução

---

As plataformas digitais, nomeadamente as redes sociais *online*, facilitaram não só o acesso ao conhecimento em geral, concretizando a ideia de “Sociedade em Rede” (Castells, 2009), como enriqueceram, no âmbito da saúde, as informações, tornando-as mais envolventes quando comparadas com as disseminadas pelos meios tradicionais (e.g. Parvanta & Bass, 2020; Nguyen et al., 2018). Aliás, existem contributos que indiciam a sua eficácia na adoção de comportamentos saudáveis e na melhor compreensão dos tratamentos preventivos, premissas associadas à eliteracia em saúde (e.g. Aaby et al., 2017; Schaik et al., 2017).

No que diz respeito à saúde cardiovascular (SCV) e das doenças cardiovasculares (DCV), foram também encontradas evidências que expõem a eficácia do *Facebook*, por exemplo, como instrumento de apoio ao tratamento e prevenção das DCV (e.g. Eshah, 2018; Mamun et al., 2015; Partridge et al., 2017). Estes resultados emergem sob a contínua ameaça das DCV, a principal causa de morte em Portugal, e estima-se que sejam responsáveis por cerca de 17,9 milhões de mortes por ano mundialmente (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2023).

No entanto, da utilização das plataformas digitais sobressaem desvantagens, relativas não só à veracidade da informação, mas também à acessibilidade da mesma, numa lógica relacionada com o *knowledge gap* (Tichenor et al., 1970). Assim, à existência da desinformação (Ferrara et al., 2020), acresce-se um flagelo que gira em torno do fosso digital (Hargittai et al., 2018), um conceito utilizado para explicar a relação entre a eliteracia em saúde e as características sociodemográficas, como o nível de escolaridade, um dos principais contribuintes das disparidades na literacia e eliteracia em saúde (Fleary & Ettienne, 2019).

A partir deste contexto, o presente artigo orienta-se pela pergunta de partida *Como é que o nível de escolaridade de residentes do concelho de Lisboa se relaciona com o acesso, compreensão e uso de mensagens online sobre a SCV?*, focando-se na relação do nível de habilitações académicas de residentes do concelho de Lisboa com o acesso, compreensão e uso da comunicação para a saúde cardiovascular (literacia em SCV). A investigação concentra-se em desvendar o nível de competências, de indivíduos com habilitações académicas diferentes, quanto a ferramentas de eliteracia em SCV.

Atende-se aos seguintes objetivos: (1) apurar o nível de eliteracia em saúde cardiovascular nos residentes do concelho de Lisboa, segundo a escala eHEALS; e (2) caracterizar a eliteracia em saúde cardiovascular de residentes do concelho de Lisboa, tendo em conta o nível de escolaridade.

---

## Compreender a eliteracia em saúde: definição, contexto e implicações

---

Pode-se operacionalizar o conceito de literacia em saúde, e a sua versão *online*, partindo da conceção tridimensional apresentada pela OMS (2019): aceder, compreender e usar a informação relacionada com saúde. A literacia em saúde, em primeiro lugar, está associada ao empoderamento e autonomia do indivíduo na tomada de decisões informadas sobre a sua saúde (Norman & Skinner, 2006). Níveis baixos de literacia em saúde estão associados a impactos negativos na saúde e bem-estar dos indivíduos (e.g. Aaby et al., 2017; Schaik et al., 2017), sendo por isso, o seu desenvolvimento um dos objetivos da comunicação para a saúde.

Inicialmente, entendeu-se a via *online* como uma solução eficiente e barata para a disseminação de educação para a saúde e posterior desenvolvimento da literacia em saúde (Werts & Hutton-Rogers, 2013). No entanto, e com a emergência do *world wide web* e a digitalização da saúde (Richardson, 2013), emerge, igualmente, a necessidade de “um conjunto de conhecimentos, ou de uma literacia própria” (Norman & Skinner, 2006, p. 9), que celebre a “aptidão dos indivíduos para utilizarem as informações que surgem das tecnologias de comunicação com foco no aumento do cuidado da saúde” (Neter & Brainin, 2012, p. 9). A eliteracia em saúde, como seria introduzida, é ainda entendida como a “capacidade de obter, processar, compreender e avaliar informação sobre saúde obtida a partir de meios eletrónicos” (Morais et al., 2017, p. 43), com o objetivo de tomar uma decisão que envolve a saúde.

Entende-se, a partir das definições acima supracitadas, que a eliteracia em saúde “combina facetas de diferentes competências incluídas em diferentes literacias e aplica-as na promoção de saúde” (Norman & Skinner, 2006, s.p.). Assim, são identificadas seis literacias que apoiam a eliteracia em saúde (Figura 1).

Figura 1. *The Lily Model*

Fonte: Elaboração própria a partir de Norman e Skinner, 2006.

As literacias identificadas que apoiam a eliteracia em saúde são: literacia tradicional, literacia em saúde, literacia de computador, literacia mediática, literacia científica e literacia de informação. A relação entre estas definições é sistematizada com o *Lily Model* (“modelo de lírio”) (Figura 1).

Da literatura extraem-se contributos que destacam a importância da eliteracia em saúde, responsável pelo bem-estar e, inclusivamente, mostrando influências positivas na taxa de mortalidade (Neter & Brainin, 2018). Esta mesma importância é reafirmada por dados estatísticos que revelam o aumento do acesso à internet. Por exemplo, em Portugal, em que 85,1% da população tem acesso à internet, 97,8% acede a partir do *smartphone*, e a média de acesso diário ultrapassa as sete horas (We Are Social, 26 de janeiro de 2023). Adicionalmente, a pandemia da Covid-19 criou a “rápida expansão de teleconsultas, como forma de manter o acesso à saúde” (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, p. 3).

A mesma pandemia representou, aliás, “um cenário sem precedentes para a partilha de desinformação, manipulação e abuso” (Ferrara et al., 2020, p. 271). A existência de *fake news* e *bots* (e.g. Broniatowski et al., 2018; Sutton, 2018) constitui uma desvantagem para a comunicação *online* para saúde, reafirmando, novamente, a importância da eliteracia em saúde. Neste contexto, e assim como a tradicional literacia em saúde, níveis baixos de eliteracia em saúde podem, por exemplo: dificultar o acesso a informações verídicas; aumentar o número de hospitalizações; aumentar o risco de automedicação ou desacreditação de vacinas;

e, seguindo a lógica das definições, diminuir o empoderamento e a participação dos indivíduos na tomada de decisões para a sua saúde (e.g. Ferrara et al., 2020; Morais et al., 2017; Werts & Hutton-Rogers, 2013).

Neste contexto, a escala de eliteracia em saúde, denominada eHEALS, foi desenvolvida para “atender à necessidade de avaliar a eliteracia em saúde numa ampla gama de populações e contextos” (Norman & Skinner, 2006, s.p.). A escala eHEALS é uma ferramenta que permite aos indivíduos avaliar as suas próprias perceções face às suas competências relacionadas com a digitalização de saúde (Norman & Skinner, 2006). Administrada por profissionais de saúde, a escala possibilita a criação de uma estimativa em relação às habilidades e conhecimentos da população (Norman & Skinner, 2006). A escala eHEALS é constituída por oito questões, respondidas a partir de uma escala de cinco pontos, que varia, entre (5) “concordo totalmente” e (1) discordo totalmente (Norman & Skinner, 2006) (Quadro 1).

Quadro 1. Questões da eHEALS

<b>Q1</b>	Eu sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet
<b>Q2</b>	Eu sei como usar a internet para responder às minhas questões de saúde
<b>Q3</b>	Eu sei que recursos relacionados com a saúde estão disponíveis na internet
<b>Q4</b>	Eu sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet
<b>Q5</b>	Eu sei como utilizar a informação sobre saúde que encontro na internet
<b>Q6</b>	Eu tenho as competências necessárias para avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet
<b>Q7</b>	Eu sei distinguir recursos sobre saúde de alta qualidade e baixa qualidade que encontro na internet
<b>Q8</b>	Eu sinto-me confiante em utilizar informações que encontro na internet para tomar decisões relacionadas com a minha saúde

Fonte: Elaboração própria a partir de Norman e Skinner, 2006.



## Disparidades sociais na eliteracia em saúde cardiovascular: o nível de escolaridade

As DCV são definidas pelo Instituto Nacional de Saúde ([INE], 2016) como as doenças que afetam o sistema circulatório. A isto, a OMS (2019) acrescenta que pertencem a este grupo doenças ateroscleróticas. O INE (2016) divide ainda os fatores de risco em dois grupos: (1) fatores de risco modificáveis; e (2) fatores de risco não modificáveis. Por exemplo, na primeira categoria estão fatores como o colesterol elevado, o sedentarismo, o tabagismo, entre outros. No segundo grupo, fatores como a idade e, por exemplo, o género.

Matos e Fiszman (2003) acrescentam, no entanto, os fatores de risco adicionais, respeitantes às desigualdades socioeconómicas, que destacam a importância do nível de escolaridade no padecimento de DCV (Quadro 2).

Quadro 2. Fatores de risco adicionais às DCV

Fator de risco adicional	Premissa
Habilitações académicas	As DCV são mais prevalentes em indivíduos com baixos níveis de escolaridade
Profissão	O nível profissional influencia o padecimento de DCV
Estado de empregabilidade	A situação de desemprego aumenta o risco de morte por DCV
Condições de habitação	Indivíduos com menores condições de habitação têm maior probabilidade de sofrer de uma DCV
Rendimentos	Indivíduos com baixos rendimentos têm maior risco de morte por DCV

Fonte: Elaboração própria a partir de Matos e Fiszman, 2003.

Assim, portugueses com mais habilitações académicas vivem entre um e quatro anos mais do que os portugueses com menor nível de escolaridade (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Sobre a eliteracia em saúde cardiovascular, foram encontrados alguns contributos que corroboram as informações anteriores, destacando a influência do nível de escolaridade no padecimento de DCV (e.g. Arcury et al., 2018; Melholt et al., 2018; Richtering et al., 2017). Richtering et al. (2017), nomeadamente, investigaram a

influência dos fatores sociodemográficos na eliteracia em saúde. Para isso, foi distribuído a escala eHEALS a 453 participantes, escolhidos por fazerem parte da população com risco moderado a alto de padecerem de DCV. Os resultados mostraram que os pacientes com maior nível de escolaridade, à semelhança dos mais velhos, têm menor eliteracia em saúde.

Também numa lógica quantitativa, Melholt et al. (2018) utilizaram inquéritos por questionário para explorar como os pacientes cardíacos utilizam a ferramenta de telereabilitação para o período de recuperação no pós-operatório. Entre outras relações, os autores destacam a influência de altos níveis de escolaridade para o desenvolvimento de capacidades associadas à eliteracia em saúde cardiovascular (Melholt et al., 2018).

No mesmo âmbito, Arcury et al. (2018) investigaram o nível de eliteracia em saúde entre adultos com mais 55 anos. A partir do representado pelo *Lily model*, os autores relacionaram a eliteracia em saúde com a literacia digital. Através de inquéritos por questionário, concluíram que, de 200 participantes, apenas 53%, ou 106, tinham acesso à internet. Ademais, dos 106 com acesso à internet, menos de metade apresentava níveis positivos de eliteracia em saúde. Assim, os autores concluem que altos níveis de eliteracia em saúde estão associados a conhecimentos sobre as tecnologias, as tecnologias das tecnologias e os conhecimentos sobre saúde (Arcury et al. 2018).

Fora do contexto cardiovascular, e a partir de um inquérito telefónico a 4286 pessoas, Neter e Brainin (2012) observam a relação entre os altos níveis de eliteracia em saúde e as habilitações académicas dos participantes. A investigação concluiu que a eliteracia em saúde foi mais elevada nos inquiridos com maior nível de escolaridade, sendo ainda verificável que a internet pode reforçar desigualdades sociais, criando hiatos no domínio *online* (Neter & Brainin, 2012).

As investigações encontradas expõem e densificam a presença da hipótese do *knowledge gap* (Tichenor et al., 1970), que menciona, por exemplo, traços pessoais e traços ligados a posição social como características que tornam um indivíduo mais ou menos favorável a dar e a receber informações. Um desses traços, é o nível de escolaridade, presente em contributos afetos à eliteracia em saúde, acima mencionados.

## Nota metodológica

---

O presente artigo é norteado pela pergunta de partida *Como é que o nível de escolaridade de residentes do concelho de Lisboa se relaciona o acesso, compreensão e uso de mensagens online sobre a SCV?*. Atende-se, adicionalmente, aos seguintes dois objetivos: (1) apurar o nível de literacia em saúde cardiovascular nos residentes do concelho de Lisboa, segundo a escala eHEALS; e (2) caracterizar a literacia em saúde cardiovascular de residentes do concelho de Lisboa, tendo em conta o nível de escolaridade.

Para cumprir os objetivos propostos, opta-se pelo método quantitativo, utilizando a técnica inquérito por questionário. A distribuição do inquérito foi via *online*, no qual estava incluída uma nota de exigência para que apenas residentes do concelho de Lisboa respondessem, uma vez que é a cidade maior taxa de mortalidade por doenças do sistema circulatório (INE, 2018). Paralelamente, Lisboa é a cidade com maior taxa de penetração da internet (INE, 2018). Realizou-se um pré-teste do inquérito de modo a melhorar a qualidade do inquérito. Durante este período, de 1 a 9 de maio de 2021, uma amostra de 40 participantes identificou a falta das opções “estudante”, “desempregado/a” e “reformado/a ou aposentado/a” para a situação profissional. Além disso, as imagens do inquérito foram redimensionadas para maior clareza e a opção “nenhuma” foi adicionada à pergunta sobre as emoções despertadas pelos materiais incluídos. Também foi permitido que o inquirido selecionasse mais de uma resposta em algumas questões.

A amostra por quotas de sexo e idade foi a adotada, seguindo as indicações de Im e Chee (2011), uma vez que, no âmbito da amostragem não-probabilística, é a que mais se aproxima, em representatividade, da amostragem probabilística. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado a partir do Anuário Estatísticos da área metropolitana de Lisboa de 2018, sendo por isso considerada, a base de amostragem. O cômputo de residentes masculinos do concelho de Lisboa, pertencentes às faixas etárias 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 ou mais, é 183042 e a população feminina, nas mesmas condições, é 229062. O total perfaz 412104 pessoas. Aplicando o cálculo de Pocinho (2009) para populações superiores a 100 mil casos, apura-se que o tamanho da amostra necessário é 400. Tendo em conta que, na faixa etária 18-24 existem 14704 homens e 14134 mulheres, calcula-se que o número de sujeitos a inquirir seja 15 do género masculino e 14 do feminino. Cada uma das faixas etárias 25-34, 35-44, 45-54 e 55-64 é representada pelo mesmo número de inquiridos: 27 homens e 31 mulheres. Por último,

a faixa etária 65 ou mais, com 54716 residentes masculinos e 88683 femininos, exige a inclusão na amostra de 53 homens e 86 mulheres.

Além da distribuição *online*, foi realizada distribuição presencial, para acomodar a faixa etária mais velha e combater o fosso digital (Hargittai et al., 2018). Essa administração ocorreu no período entre 7 e 11 de junho de 2021 (Quadro 3). O inquérito foi administrado de modo não probabilístico na rua na freguesia de Arroios. Esta freguesia foi a escolhida por ser uma das com mais população envelhecida e está também na lista das freguesias com mais de 35 mil idosos a viverem em isolamento social (Lusa, 2017).

Quadro 3. Ficha técnica do inquérito por questionário

Ficha técnica			
Tamanho da amostra	400 – Residentes no concelho de Lisboa		
Tipo de amostra	Amostra por quotas de sexo e faixa etária		
Base de amostragem	Anuário Estatístico da área metropolitana de Lisboa de 2018		
Caracterização da amostra	Feminino: 56,0%	18 a 24: 7,2% 25-34: 14,5% 35-44: 14,5%	Casado(a)/união de facto: 57,8%
	Masculino: 44,0%	45-54: 14,5% 55-64: 14,5% 65 ou mais: 34,8%	Divorciado(a)/separado(a): 10,3%
			Solteiro(a): 23,8%
			Viúvo(a): 8,3%
			Ensino primário: 0,5% Ensino básico: 17,0% Ensino secundário: 14,0% Curso técnico: 12,5% Bacharelato: 8,0% Licenciatura: 31,0% Mestrado: 15,8% Doutoramento: 1,3%
			Portuguesa: 98,5% Brasileira: 1,3% Espanhola: 0,3%
Período de administração	3 de maio de 2021 a 31 de maio 2021 ( <i>online</i> ) 7 de junho de 2021 a 11 de junho de 2021 (presencial)		

Fonte: Elaboração própria.

O inquérito corresponde à escala eHEALS, adaptada à SCV, assim como um grupo de perguntas relativo às características sociodemográficas dos inquiridos. Às oito perguntas já existentes, foi adicionada uma nova afirmação – “eu compreendo as mensagens sobre a saúde cardiovascular que encontro na internet” –, atendendo-se à conceção tridimensional da OMS (2023) sobre a literacia em saúde no que toca ao acesso, compreensão e uso das mensagens sobre SCV.

Ademais, e numa lógica dedutiva, testam-se as relações o nível de escolaridade (variáveis independentes) e as habilitações para o acesso, uso e compreensão das plataformas *eHealth* (e.g. Hargittai et al., 2018; Neter & Brainin, 2012).

*H1: O nível de escolaridade influencia a capacidade para o acesso, uso e compreensão das plataformas eHealth.*

---

## Apresentação dos resultados

---

Verifica-se que a resposta mais registada nas nove afirmações foi *concordo*. Na primeira, nomeadamente, *concordo* somou 68,5% das respostas (275). A afirmação “eu sei como encontrar recursos úteis sobre saúde cardiovascular na internet”, obteve 15,5% (62) das respostas em *concordo totalmente*. Nenhuma das restantes somou mais de 10% das respostas.

Na afirmação “eu sei como usar a internet para responder às minhas questões sobre a saúde cardiovascular”, 41,5% das respostas (166) foram em *concordo*, sendo que a opção *concordo totalmente* ficou próxima, com 38,8% das respostas (155). É a afirmação que regista mais respostas em *nem concordo nem discordo*, com 9,0% (36), e as opções associadas às discordâncias não ultrapassam os 10,8%, quando somadas.

Em “eu sei que recursos relacionados com a saúde cardiovascular estão disponíveis na internet”, 47,3% das respostas foram em *concordo* (189) e 34,8% em *concordo totalmente* (139).

No que diz respeito à afirmação “eu sei onde encontrar recursos úteis sobre a saúde cardiovascular na internet”, 50,5% (202) dos inquiridos responder *concordo*. *Concordo totalmente* somou 30,8% respostas (123), e as opções de discordância não ultrapassam os 12% juntos.

Em “eu sei como utilizar a informação sobre a saúde cardiovascular que encontro na internet”, 51,0% dos inquiridos (204) responderam *concordo* e 31,3% (125) responderam *concordo totalmente*. No entanto, esta afirmação faz parte de um grupo de três afirmações com 5,3% das respostas (21) em *discordo totalmente*, o máximo registado neste grupo de perguntas.

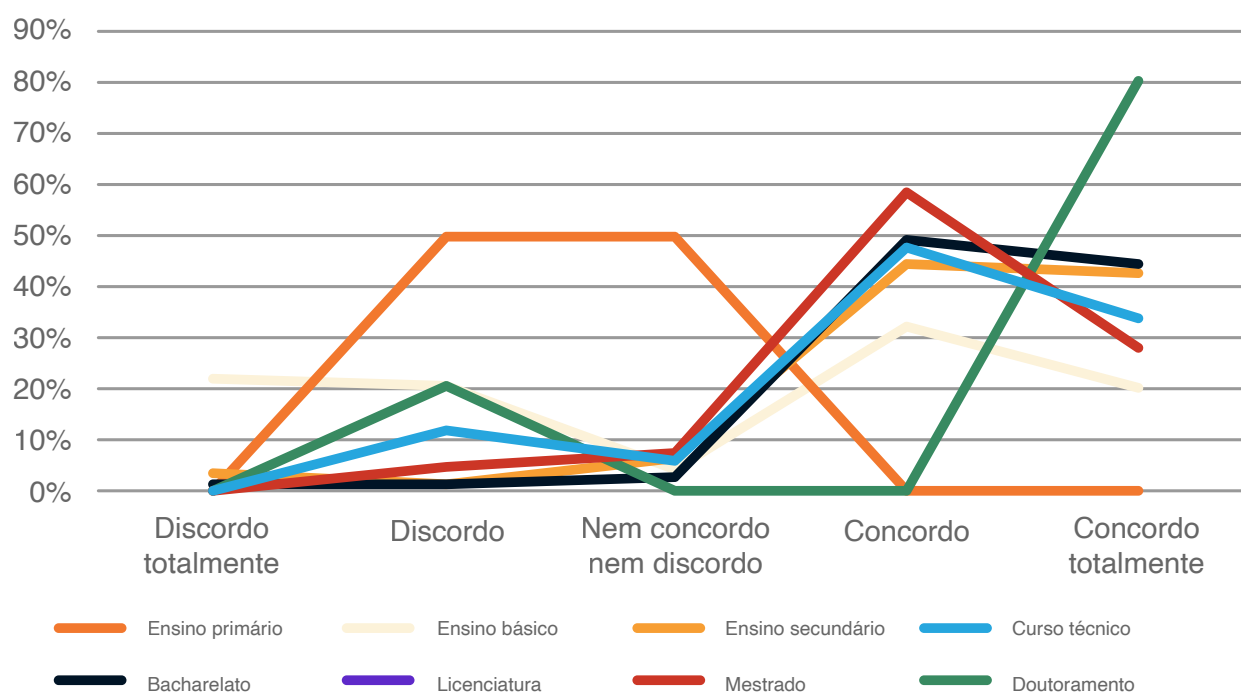
Tal como na anterior, a afirmação – “eu tenho as competências necessárias para avaliar os recursos sobre a saúde cardiovascular que encontro na internet” – conta com 5,3% das respostas (21) em *discordo totalmente*. Além disso, regista 43,0% das respostas em *concordo* (172) e 37,3% (149) em *concordo totalmente*.

A sétima afirmação, “eu sei distinguir recursos sobre a saúde cardiovascular de alta qualidade e de baixa qualidade que encontro na internet”, 49,0% dos inquiridos (196) escolheu *concordo*, enquanto a opção *concordo totalmente* foi escolhida por 34,3% (137).

5,3% das respostas (21) registou *discordo totalmente* em “eu sinto-me confiante em utilizar informações que encontro na internet para tomar decisões relacionadas com a minha saúde cardiovascular”. Agrega ainda 45,5% respostas em *concordo* (182) e 35,8% (143) em *concordo totalmente*.

Na última afirmação, finalmente, “eu compreendo as mensagens sobre a saúde cardiovascular que encontro na internet”, verificam-se 43,8% das respostas em *concordo* (175). Em *concordo totalmente* verificam-se 37,8% das respostas (151). Quando cruzados com o nível de escolaridade, numa ótica bivariada, os resultados destas afirmações mostram que os níveis avaliativos *concordo* e *concordo totalmente* são mais assinalados por inquiridos com níveis de escolaridade superiores. Contrariamente, as opções *discordo totalmente* e *discordo* são escolhidos por inquiridos com habilitações académicas mais baixas. Por exemplo, na afirmação “eu sei distinguir recursos sobre saúde cardiovascular de alta qualidade e baixa qualidade que encontro na internet”, verifica-se que os inquiridos que têm o ensino básico são os que mais discordam com a afirmação, com 22,1% das respostas (15). Por outro lado, 80% dos inquiridos com doutoramento responderam *concordo totalmente* e as percentagens mais altas em *concordo* surgem nos níveis de escolaridade “bacharelato” e superior (Gráfico 1).

Gráfico 1. Cruzamento entre literacia em saúde online e o nível de escolaridade (%) N=400 – casos



Fonte: Elaboração própria.

A partir do teste do qui-quadrado, não foram encontradas relações estatisticamente significativas. Assim, a hipótese 1 não é confirmada.

## Discussão dos resultados

Os resultados mostram, em primeiro lugar, que os inquiridos, na sua grande maioria, respondem *concordo* às afirmações da escala eHEALS, revelando a existência, *a priori*, de interesse em obter informação sobre saúde cardiovascular a partir dos instrumentos incluídos no ambiente online (e.g., Eshah, 2018). Adicionalmente, os resultados expõem o empoderamento dos inquiridos, uma das estratégias proeminentes da comunicação para a saúde (e.g., Schiavo, 2007) e refere-se à capacitação dos indivíduos e ao incentivo para que se tornem agentes da manutenção da sua própria saúde (Pré, 2014).

Reconhecendo a sua capacidade no que toca ao acesso, compreensão e uso das mensagens *online* sobre SCV, os inquiridos avaliam-se enquanto preparados para as desvantagens da utilização das redes sociais *online* ao serviço da comunicação para a saúde (e.g. Gil, 2019; Huo et al., 2019; Sutton, 2018). Entre essas desvantagens das redes sociais *online* no âmbito da SCV, o perigo da desinformação e das *fake news*. O carácter amplo e universal das redes sociais *online* cria um problema da constante partilha que, de forma accidental ou propositada, pode comprometer a veracidade da mensagem (Huo & Turner, 2019).

No entanto, existe ainda a informação, a partir do inquérito por questionário, de que os inquiridos com habilitações académicas mais baixas, são os que discordam mais das questões da eHEALS, escala de eliteracia em saúde. Ainda que não tenha sido encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as afirmações eHEALS e o nível de escolaridade, a análise bivariada corrobora uma relação que foi também encontrada na revisão da literatura – nível de eliteracia e habilitações académicas (e.g. Hargittai et al., 2018; Neter & Brainin, 2012). Neste contexto, informações recolhidas para o desenvolvimento do Enquadramento Teórico assinalam a vulnerabilidade de indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos no padecimento de DCV (Matos & Fiszman, 2003). Aliás, dados estatísticos revelam, igualmente, que indivíduos com habilitações académicas mais baixas vivem até menos quatro anos que indivíduos com habilitações académicas mais elevadas (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Complementarmente, e uma vez que a eliteracia em saúde é apoiada por outras literacias, como ilustrado pelo *Lily model* (Norman & Skinner, 2006), entende-se que a maioria dos inquiridos está confortável com o acesso às tecnologias, considerando que altos níveis de eliteracia em saúde estão associados ao conhecimento tecnológico (Arcury et al., 2018). Por outro lado, afere-se que os inquiridos com níveis de escolaridade mais baixos, por revelarem também baixos níveis de eliteracia em saúde, manifestam, conseqüentemente, baixos níveis de literacia mediática ou *literacia computacional*, por exemplo (Norman & Skinner, 2006).

Contrariamente aos restantes inquiridos, e tendo menor eliteracia em saúde, estes inquiridos estão entre os grupos mais “vulneráveis à infoexclusão” (Gil, 2019, p. 84), juntamente com as faixas etárias mais velhas. Essa vulnerabilidade refere-se, novamente, às desvantagens do uso das redes sociais *online* ao serviço da comunicação para a saúde. Assim, afere-se que os inquiridos com níveis mais baixos de literacia estão mais frágeis à desinformação e *fake news*. Por exemplo, Broniatwoski et al. (2018) concluíram que informações falsas disseminadas por *bots* no *Twitter* sobre a vacinação dispersaram o consentimento público sobre os



benefícios da vacina. Adicionalmente, os inquiridos com menor nível de escolaridade estão mais suscetíveis a impactos negativos à sua saúde por terem o nível de eliteracia em saúde mais baixo (e.g. Aaby et al., 2017; Schaik et al., 2017).

---

## Conclusões

---

A *pari passu* com o desenvolvimento de novas intervenções de comunicação para a saúde *online*, que facilitam a gestão de saúde por parte dos próprios pacientes (Richtering et al., 2017), torna-se importante identificar os principais fatores que influenciam a eliteracia em saúde. O presente estudo expôs a interferência do nível de escolaridade na eliteracia em saúde, convocando pressupostos que apontam para esta característica demográfica como significativa na esperança de vida e no padecimento de DCV (Matos & Fiszman, 2003).

Na escala de eHEALS, os inquiridos responderam em massa com “concordo”. Conclui-se, a partir da análise bivariada, que o nível de escolaridade tem efeitos nas respostas. Simultaneamente, os resultados permitem concluir que os inquiridos com menor nível de escolaridade estão mais suscetíveis às ameaças associadas às redes sociais *online*, como a desinformação e as *fake news* (e.g. Gil, 2019; Huo & Turner, 2019; Sutton, 2018). Também estão mais frágeis a impactos negativos à sua saúde (e.g. Aaby et al., 2017; Schaik et al., 2017). Assim, e de forma a colmatar a lacuna que separa pessoas mais formadas das com menos habilitações, recomenda-se a organização de iniciativas pedagógicas que desenvolvam a eliteracia em saúde. Ou seja, iniciativas de desenvolvimento de conhecimento sobre a saúde e, da mesma forma, atividades pedagógicas que desenvolvam competências tecnológicas, uma vez que a eliteracia em saúde “exige capacidades para usar tecnologia” (Richtering et al., 2017).

Além disso, entende-se que a exclusiva utilização das redes sociais *online* e dos *websites* como fontes de informação negligencia grupos sociais que não são expostos aos mesmos. Por exemplo, pessoas pertencentes a faixas etárias velhas, com menos recursos e/ou menos competências no campo da literacia digital ou eliteracia na saúde, no qual se inserem os indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos.

A presente investigação traz contribuições sob diferentes perspetivas. Oferece um contributo temático, uma vez que, segundo a revisão de literatura, é um esforço inicial na compreensão da eliteracia em SCV relacionada com o nível de escolaridade, numa lógica que lança pistas de emergência do *knowledge gap* a partir da análise bivariada conduzida e apresentada, apesar de o teste do qui-quadrado não ter confirmado a relação estatisticamente significativa entre as variáveis. Oferece, também, contributos teóricos e metodológicos com a adição de uma nova afirmação na escala eHEALS, relacionada com o vértice “compreender” do trio de literacia em saúde proposto pela OMS (2019). Finalmente, oferece contributos sociais, com a exposição de um fator que se relaciona com a eliteracia em saúde, proporcionando novos conhecimentos para o guia de boas práticas de comunicação *online* de SCV.

A principal limitação da investigação está associada à escala eHEALS, que reflete uma perceção dos inquiridos e não as suas capacidades de eliteracia em saúde (Richtering et al., 2017). Assim, em investigações futuras, recomenda-se a confirmação dos resultados obtidos pela administração da escala eHEALS a partir de técnicas que avaliem objetivamente a eliteracia em saúde.

---

## Referências

---

Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(17), 1180-1888. <https://doi.org/10.1177/2047487317729538>

Broniatowski, D., Jamison, A., Qi, S., Alkulaib, L., Chen, T., Benton, A., Quinn, S., & Dredze, M. (2018). Weaponized health communication: Twitter bots and Russian trolls amplify the vaccine debate. *American Journal of Public Health*, 108(10), 1378-1384. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304567>

Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Alianza Editorial.

Eshah, N. (2018). Investigating cardiovascular patients' preferences and expectations regarding the use of social media in health education. *Contemporary Nurse*, 1, 52-63. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1444497>.

Ferrara, E., Cresci, S., & Luceri, L. (2020). Misinformation, manipulation, and abuse on social media in the era of COVID-19. *Journal of Computational Social Science*, 3(2), 271–277. <https://doi.org/10.1007/s42001-020-00094-5>

Fleary, S., & Ettienne, R. (2019). Social disparities in health literacy in the United States. *Health Literacy Research and Practice*, 3(1), 47-52. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190131-01>

Gil, H. (2019). The elderly and the digital inclusion: A brief reference to the initiatives of the European union and Portugal. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, 4(6), 213-221. <https://doi.org/10.15406/mojgg.2019.04.00209>

Hargittai, E., Piper, A. M., & Morris, M. R. (2018). From internet access to internet skills: digital inequality among older adults. *Universal Access in the Information Society*. <https://doi.org/10.1007/s10209-018-0617-5>

Huo, J., Desai, R., Hong, Y., Turner, K., Mainous, R., & Bian, J. (2019). Use of social media in health communication: Findings from the health information national trends survey 2013, 2014, and 2017. *Cancer Control*, 26(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1073274819841442>

Im, E.-O., & Chee, W. (2011). Quota Sampling in Internet Research. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 29(7), 381–385. <https://doi.org/10.1097/ncn.0b013e3181f9dc45>

INE (2018). *Estatísticas de Saúde 2018*. Instituto Nacional de Estatística.

INE (2018). *Portugal em Números 2018*. Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Saúde (2016). *Doenças cardiovasculares*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Lusa (23 de junho de 2017). *Parque das Nações é a freguesia mais jovem de Lisboa, Olivais tem mais idosos*. <https://www.dn.pt/lusa/parque-das-nacoes-e-a-freguesia-mais-jovem-de-lisboa-olivais-tem-mais-idosos----camara-8586243.html>

Mamun, M., Ibrahim, H., & Turin, T. (2015). Social media in communicating health information: An analysis of Facebook groups related to hypertension. *Preventing Chronic Disease*, 12(11), 1-10. <https://doi.org/10.5888/pcd12.140265>

Matos, M., & Fiszman, R. (2003). Estratégias de prevenção para doenças cardiovasculares e promoção de saúde. *Revista da SOCERJ*, 16(2), 133-140.

- Melholt, C., Joensson, K., Spindler, H., Hansen, J., Andreassen, J., Neilsen, G., Noergaard, A., Tracey, A., Thorup, C., Kringelholt, R., & Dinesen, B. (2018). Cardiac patient's experiences with a telerehabilitation web portal: Implications for eHealth literacy. *Patient Education and Counseling*, 101, 854-861. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.017>
- Morais, A., Silva, I., & Jóluskin, G. (2017). E-Literacia em saúde em jovens adultos: Estudo exploratório. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 14, 143-146. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2610>
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), 1-19. <https://doi.org/10.2196/jmir.1619>
- Nguyen, B., El-Khoury, T., Pathmanathan, N., Loder, P., & Ctercteko, G. (2018). Health literacy and quality of life following rectal resections for cancer. *International Surgery Journal*, 5(10), 3186-3191. <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20184065>
- Norman, C., & Skinner, H. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1-9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Portugal: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Organização Mundial de Saúde. (2023). *Cardiovascular diseases*. [https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1)
- Partridge, S., Grunseit, A., Gallagher, P., Freeman, B., O'Hara, B., Neubeck, L., Due, S., Paull, G., Ding, D., Bauman, A., Phongsavan, P., Roach, K., Sadler, L., Glinatsis, H., & Gallagher, R. (2017). Cardiac patients' experiences and perceptions of social media: Mixed-methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622287/>
- Parvanta, C., & Bass, S. (2020). *Health communication: Strategies and skills for a new era*. Jones & Bartlett Learning.
- Pré, A. (2014). Communication, basic concepts of. In T. Thompson, (ed.). *Encyclopedia of Health Communication*. SAGE Publications.

Richardson, R. (2013). eHealth: learning to share. *Advances in Eating Disorders*, 1(2), 134-140. <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.742979>

Richtering S., Hyun K., Neubeck L., Coorey G., Chalmers J., Usherwood T., Peiris D., Chow C., & Redfern J. (2017). eHealth Literacy: Predictors in a Population With Moderate-to-High Cardiovascular Risk. *JMIR Human Factors*, 4(1), 1-14. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.6217>

Schaik, T., Jorstad, H., Twickler, T., Peters, R., Tijssen, J., Essink-Bot, M., & Fransen, M. (2017). Cardiovascular disease risk and secondary prevention of cardiovascular disease among patients with low health literacy. *Netherlands Heart Journal*, 15(7), 446-454. <https://doi.org/10.1007/s12471-017-0963-6>.

Sutton, J. (2018). Health communication trolls and bots versus public health agencies' trusted voices. *American Journal of Public Health*, 108(10), 1281-1282. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304661>

Tichenor, P. J., Donohue, G. A., & Olien, C. N. (1970). Mass media flow and differential growth in knowledge. *Public Opinion Quarterly*, 34.

We Are Social (23 de maio de 2023). *The changing world of digital in 2023*. <https://wearesocial.com/uk/blog/2023/01/the-changing-world-of-digital-in-2023/>

Werts, N., & Hutton-Rogers, L. (2013). Barriers to achieving e-health literacy. *American Journal of Health Sciences*, 4(3), 115-120. <https://doi.org/10.19030/ajhs.v4i3.8007>

### **Nota biográfica:**

Raphaël Marques Baptista concluiu doutoramento em 2022, focando a sua investigação na comunicação para a saúde online. Foi aprovado por unanimidade com distinção e louvor. Atualmente, é Professor Auxiliar Convidado no ISCSP e Professor Auxiliar Convidado na Universidade da Beira Interior. Publicou dois artigos e participou em várias conferências. Um dos artigos foi distinguido, em 2018, com o prémio de melhor artigo científico do ISCSP. Além disso, é investigador colaborador do CAPP, estando atualmente a trabalhar em dois projetos científicos: "HealMe: What Health Managers in Portugal Think About Digital Health" e "Communication of Health Public Policies in Portugal - ComHealthPPP"

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5217-4828>

Emails: [raphael.baptista1@gmail.com](mailto:raphael.baptista1@gmail.com) | [rbaptista@iscsp.ulisboa.pt](mailto:rbaptista@iscsp.ulisboa.pt)