

REVISTA PORTUGUESA DE LITERACIA EM SAÚDE

Edição 1 · Outubro 2023



04

A literacia em saúde:

Um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*

16

Hospital e crianças:

Quando a literacia em saúde entra na história

42

Literacia em primeiros socorros a crianças

56

Elaboração e avaliação da temporada 2 do Podcast Meu NutriGuia:

Uma contribuição ao campo do letramento em saúde

78

A lacuna na eliteracia em saúde cardiovascular:

A sua relação com o nível de escolaridade de residentes do concelho de Lisboa

98

A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: um instrumento facilitador à adesão do medicamento

120

Comunicação de más notícias: A auto-perceção dos médicos de Medicina Interna

144

Entrevista
Professora Doutora
Cristina Vaz de Almeida

A literacia em saúde: Um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*

Célia Belim

A literacia em saúde assume crucial importância pelos mais diversos motivos, entre estes salvar vidas, o que comprova o seu contributo imensurável para a vida humana. Falar de literacia em saúde é falar de vida, saúde, bem-estar, longevidade, capacidade, conhecimento, tomada de decisões informadas, comunicação, empoderamento. É também lembrar diversos desafios, como a necessidade de aumentar o nível de literacia em saúde em geral, que é baixo entre a população europeia (nos oito países europeus submetidos ao Inquérito Europeu sobre Literacia em Saúde [HLS-EU], 47,6% dos inquiridos revelaram níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos [Sørensen et al., 2015]) e estadunidense (cerca de 36% dos americanos adultos têm uma literacia em saúde limitada [National Center for Education Statistics, 2006]), e de certos grupos sociais em particular, como idosos, imigrantes, pobres. Este é um desafio que se coloca ao desenvolvimento dos sistemas de saúde em todo o mundo (Barańska & Kłak, 2022).

Uma das definições mais referidas de *literacia em saúde* é a proposta pela Organização das Nações Unidas ([OMS], 2022): competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos de “aceder, compreender e usar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam, 1998, p. 357). Têm sido empreendidos esforços para que a literacia em saúde não seja entendida como responsabilidade exclusiva dos indivíduos, como também responsabilidade de governos e sistemas de saúde, que devem apresentar informações claras, precisas, apropriadas e acessíveis para diversos públicos (Rudd, 2015). Liu *et al.* (2020), a partir de um total de 34 estudos originais que preencheram os critérios de inclusão de uma revisão de literatura conduzida, concluíram que a literacia em saúde tende a ser apresentada como um conjunto de conhecimentos, um conjunto de capacidades ou uma hierarquia de funções (funcional-interativo-crítico). Os investigadores também aferiram que o constructo de literacia em saúde comporta três elementos principais: (1) o conhecimento de saúde, cuidados de saúde e sistemas de saúde; (2) o processamento e o uso de informações em vários formatos de saúde e cuidados de saúde; e (3) a capacidade de manter a saúde por meio da autogestão e do trabalho em parceria com provedores de saúde. A literacia em saúde tem sido comumente entendida como uma capacidade de usar capacidades gerais de literacia (ler, escrever, contar, ouvir e falar) na obtenção, compreensão, avaliação, síntese, comunicação e aplicação de informações sobre saúde (Liu et al., 2020), identificando-se seis características que promovem a saúde: colaboração, contextualização, acessibilidade, autonomia, reflexividade e continuidade (Otten et al., 2022).

A literacia em saúde tornou-se um tópico crítico, pois está fortemente relacionada com a capacidade dos indivíduos de se envolverem na gestão de doenças complexas e no autocuidado (Keene Woods, 2023). Indivíduos literatos em saúde podem tomar melhores decisões quando se trata da sua saúde, são mais capazes de aderir aos tratamentos e podem fazer um uso mais eficiente dos recursos (Miller, 2016; Santos et al., 2017).

A literacia em saúde tem variados méritos, como aperfeiçoar a capacidade das pessoas para compreender melhor noções relacionadas com a saúde e poder aumentar a sua capacidade de assumir a responsabilidade pela sua saúde, o que é fulcral na profilaxia. A literacia em saúde pode influenciar a adesão dos doentes a uma terapêutica, a frequência de utilização dos serviços médicos, o número de hospitalizações e inerentes encargos financeiros (e.g., Coughlin et al., 2020). Estudos têm confirmado esta tese e indicado uma correlação entre a baixa literacia em saúde, a saúde precária e a utilização frequente e injustificada dos serviços de saúde (e.g., Shahid et al., 2022).

A baixa literacia em saúde associa-se a uma assistência de emergência mais frequente, à utilização menos frequente de serviços profiláticos, a uma menor capacidade de interpretar rótulos e avisos de saúde, a uma maior mortalidade e a despesas de saúde mais elevadas. No contexto das doenças infecciosas, a literacia em saúde precária está relacionada com a menor adoção de ações preventivas, como vacinação e compreensão insuficiente sobre o papel dos antibióticos (Castro-Sánchez et al., 2016). Os reveses da literacia em saúde deficitária refletem-se também no maior risco de morte para indivíduos com doenças cardiovasculares, diabetes e doenças mentais, impulsionado pelo uso ineficaz dos serviços de saúde, comunicação inefetiva com a equipa de saúde e deficiências no autocuidado (Friis et al., 2020). A baixa literacia em saúde pode também constituir uma barreira à prestação de cuidados a doentes crónicos e pode interferir com a tomada de medidas a nível central quanto ao funcionamento dos sistemas de saúde, no que concerne aos objetivos de profilaxia, diagnóstico precoce e tratamento.

Estudos de pais ou cuidadores de crianças pequenas, incluindo bebés, mostraram que a baixa literacia em saúde daqueles gerava comportamentos negativos de saúde em relação à criança cuidada, como comportamentos obesogénicos, comportamentos de prevenção de lesões, perceção de cuidados ambulatoriais, conhecimento sobre infeções do trato respiratório superior e crenças, compreensão dos rótulos de medicamentos pediátricos para tosse e constipação e amamentação (e.g., Lee et al., 2018). Alguns estudos mostraram que os cuidadores com baixo nível de literacia têm menos probabilidade de entender aspetos impor-

tantes da orientação pediátrica antecipada, incluindo avaliar os riscos e benefícios das vacinações de rotina, realizar verificações de segurança doméstica e lidar com emergências domésticas comuns (e.g., Llewellyn et al., 2003).

Atendendo aos méritos da literacia em saúde e aos deméritos de níveis baixos desta literacia, é clara a opção de rumo a seguir. Os estudos sobre a literacia em saúde estão a tornar-se cada vez mais importantes no contexto da saúde pública e da promoção da saúde (Barańska & Kłak, 2022), numa resposta à evidência de que uma ferramenta básica para moldar a literacia em saúde é o conhecimento. É neste contexto que surge a criação da *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, única revista científica especializada em literacia em saúde no contexto europeu. Fora do contexto europeu, são conhecidas duas revistas científicas indexadas na Scopus: a norte-americana *Health Literacy Research and Practice* e a iraniana *Journal of Health Literacy*.

A criação da *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde* cumpre uma das atribuições e competências da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS): “editar e publicar a Revista da SPLS e outros formatos científicos para divulgação de iniciativas, ações, projetos de investigação de referência, promovendo a investigação nacional e internacional na área da literacia em saúde e áreas afins similares” (SPLS, s.d.). A presente Revista, propriedade da SPLS num projeto vanguardista, consciencioso e comprometido com o bem comum, bem-estar individual e social, educação em saúde, promoção da saúde e longevidade com saúde, compromete-se tematicamente a abordar tópicos que envolvam a literacia em saúde, como práticas, desafios, resultados, contributos. É seu desiderato aprofundar a análise da literacia em saúde e, simultaneamente, contribuir para a leitura plural deste campo de estudos, segundo diversas ferramentas epistemológicas, teóricas e metodológicas. É uma Revista que prima pela interdisciplinaridade, acolhendo as relações entre a literacia em saúde como campo de estudos com outras ciências, como as ciências médicas, as ciências da comunicação, as ciências da educação.

A *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, numa lógica de que conhecimento é poder, assume o compromisso de ajudar diversos *stakeholders*, como (1) o cidadão que poderá beneficiar da transferência do conhecimento para a sociedade e não do acantonamento do conhecimento na Academia e, especificamente, beneficiará do acesso aos artigos sobre assuntos relacionados com a literacia em saúde atualizados e que aumentarão o seu conhecimento e a sua amplitude informativa e sustentarão as suas decisões; (2) grupos de indivíduos, como governo e instituições governamentais (e.g., Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saú-

de, Direção-Geral da Saúde, Divisão de Literacia, Saúde e Bem-estar, Ministério da Educação), associações de saúde, hospitais, centros de saúde, que poderão inteirar-se, através do acesso público e gratuito aos artigos, da pesquisa mais recente sobre literacia em saúde e que poderá informar decisões. Procura-se ir ao encontro da evidência de que a literacia em saúde não é apenas o resultado das capacidades de um indivíduo, como também das exigências e complexidades do sistema de saúde (U.S. Department of Health and Human Services / Healthy People 2030, s.d.), sendo a formação da literacia em saúde altamente influenciada pelos sistemas de saúde de um determinado país que também devem ser literatos (Baumeister et al., 2021), bem como por fatores individuais e ambientais presentes nas interações entre os indivíduos e as exigências sistémicas do sistema de saúde (Institute of Medicine, 2004); (3) a Academia também beneficiará, pois procura-se preencher, com a publicação de artigos científicos numa revista especializada em literacia em saúde, uma lacuna editorial na ciência e fortalecer e estreitar a relação entre a Academia e a sociedade; e (4) a sociedade em geral que poderá usufruir da partilha de conhecimento, ao aceder a artigos científicos de modo gratuito que poderão contribuir para otimizar a literacia e inspirar práticas de saúde. Como refere Azamfirei (2016): “o conhecimento científico é partilhado através de publicações que não só informam, como têm a capacidade de influenciar a tomada de decisões” (p. 65).

Neste primeiro número, intentou-se, com uma miscelânea temática, focar-se em diversos assuntos, problemas, desafios e soluções ligados à literacia em saúde, privilegiando a linha de vida da pessoa. Daí que este número inclua artigos focados na infância, idade adulta e velhice. A Revista compõe-se de seis artigos científicos e de uma entrevista a Cristina Vaz de Almeida, especialista em literacia em saúde, presidente da SPLS e com um percurso e uma dedicação ímpares e exímios em prol da literacia em saúde. O seu testemunho, como *expert*, e a sua abordagem consciente, acutilante, sistematizada e interdisciplinar contribuem para a compreensão mais profunda sobre vários aspetos ligados à literacia em saúde e oferecem-nos uma visão panorâmica e enredada desta literacia.

Perguntas, como *Como pode a literacia em saúde intervir na prática para desmitificar os medos mais frequentes nas crianças em idade pré-escolar em relação ao hospital e nas estratégias para minimizá-los?; Como pode o storytelling beneficiar a literacia em saúde das crianças?; Qual o efeito de uma intervenção formativa em primeiros socorros no nível de conhecimentos dos cuidadores de crianças pré-escolares? Como pode um podcast, como estratégia apoiada na inovação tecnológica e nos fundamentos do literacia em saúde, promover a adesão ao Guia Alimentar para a População Brasileira?; 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 saúde cardiovascular?; Como a literacia em saúde pode influenciar a gestão do regime terapêutico medicamentoso de idosos com idade superior a 65 anos?; e Qual a auto-perceção dos médicos de Medicina Interna sobre a sua atuação aquando da comunicação de más notícias aos doentes e famílias?, são respondidas no presente número.

Apesar do reconhecimento internacional de que o desenvolvimento da literacia em saúde na infância é “extremamente importante”, pouco se sabe sobre a melhor forma de o fazer (Otten et al., 2022). Daí a utilidade dos dois primeiros artigos que incluem o primeiro número da *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*. Esta inicia-se com um artigo da autoria de Eliana Rocha, que se foca na literacia em saúde na infância e em como esta e a desmistificação de medos podem estimular a autonomia, o autocontrolo e a autoeficácia da criança, a partir da idade pré-escolar (3-5 anos), no contacto com o hospital, permitindo-lhe um melhor acesso, compreensão e uso da instituição de saúde. Usando uma abordagem metodológica mista (inquérito por questionário *online* e *focus group*), foram aferidos quais os medos das crianças de idade pré-escolar e as estratégias adotadas para minimizá-los, o tipo de histórias e os personagens mais apreciados, através do ponto de vista dos pais e das crianças. Os resultados propiciaram a construção de quatro histórias, que compuseram um *e-book*.

O segundo artigo, de Rosa Gonçalo e Graça Aparício, sendo um estudo quantitativo, assume o compromisso de identificar os conhecimentos de cuidadores de crianças (50 cuidadores de crianças a frequentar as valências de educação pré-escolar da Santa Casa de Misericórdia de Viseu) sobre primeiros socorros e de avaliar o impacto de uma intervenção formativa no seu nível de conhecimentos. Os resultados do estudo confirmam o impacto positivo da intervenção formativa, justificando a implementação de projetos semelhantes e a construção de parcerias entre instituições escolares e de saúde. Avalia-se ser um estudo de utilidade valiosa, atendendo a que, em todo o mundo, acidentes e lesões são as principais causas de morte entre crianças (Wani et al., 2022) e é necessária educação adicional sobre a necessidade de uma melhor supervisão, modificação ambiental relevante e tratamento de primeiros socorros apropriado para várias lesões que afetam crianças (Pathak et al., 2022).

Helena Sampaio, Vitória de Oliveira, Cláudia Vasconcelos, Soraia Machado e Clarice Vergara assinam o artigo sobre a elaboração e avaliação da temporada 2 do *podcast Meu NutriGuia*. O artigo assume como objetivo perceber como o *podcast* referido contribui para a literacia em saúde, especificamente para a literacia em

saúde alimentar, e para a promoção da adesão ao *Guia Alimentar para a População Brasileira* junto dos usuários do Sistema Único de Saúde do Brasil. Todos os episódios foram aprovados por especialistas e pelo público-alvo. O *podcast*, com potencial para uma abrangência ampla, está disponível para o público em geral em plataformas de distribuição de *podcasts*. O *podcast*, pelo seu alcance, poderá constituir-se uma ferramenta útil ao serviço da literacia em saúde. Casares e Binkley (2021), por exemplo, apresentam o *podcast* como uma evolução das formas tradicionais de biblioterapia. Motivos informativos e de aquisição de conhecimento justificam a audição de *podcasts* (e.g., Kiernan et al., 2023). Também são preferência de pensadores verbais, mais concentrados nos sons do que os pensadores visuais, e oferecem a conveniência de poderem ser ouvidos em qualquer lugar e até quando se está em movimento. O artigo de Sampaio *et al.* explora o potencial do *podcast* em prol da literacia em saúde alimentar.

A literacia em saúde está fortemente correlacionada com fatores socioeconómicos, como o nível de educação (e.g., Beauchamp et al., 2015; HLS-EU Consortium, 2012). O artigo cujo autor é Raphaël Baptista explora a relação entre ambas as variáveis, intentando especificamente, numa ótica ligada à *hipótese do knowledge gap*, caracterizar a eliteracia em saúde cardiovascular de residentes do concelho de Lisboa, tendo em conta o nível de escolaridade. Os resultados, advindos da técnica do inquérito por questionário *online* e de análise estatística, sugerem a influência das habilitações académicas no nível de eliteracia em saúde, havendo a maior vulnerabilidade de pessoas com baixo nível de escolaridade a, por exemplo, *fake news*.

No contexto de que a não adesão aos medicamentos prescritos tem sido geralmente aceite como uma barreira à eficácia do tratamento prescrito e está associada a um maior risco de hospitalização e riscos de mortalidade (Elnaem et al., 2020), Sandra Laia Esteves apresenta-nos um estudo exploratório descritivo que pretendeu caracterizar a relação entre a evidência científica da gestão do regime terapêutico e as perceções e dificuldades que os utentes (idosos com mais de 65 anos do concelho de Castelo Branco) possuem em contexto real e apurar quais as estratégias que estes utentes usam para gerir a sua medicação. O estudo, assente na evidência de que os regimes complexos são comuns na população idosa devido à prevalência de múltiplas comorbidades que, conseqüentemente, aumentam a necessidade de polifarmácia (Elnaem et al., 2020), tem uma dimensão utili-

tária, pois elabora e aplica um instrumento facilitador à adesão do medicamento. Esteves observa que os utentes com níveis de literacia em saúde baixos tendem a interpretar erroneamente rótulos do medicamento, ameaçando a sua segurança, e conclui que o uso competente de informação medicamentosa promove maiores níveis de literacia em saúde.

O último artigo foca-se na comunicação de más notícias segundo a auto-perceção de médicos de medicina interna, sendo Patrícia Macedo Simões a autora. Esta proposta temática é pertinente atendendo a que (Bazrafshan et al., 2022): 1. comunicar más notícias aos pacientes é sempre um processo desafiador e desagradável, mas essencial para a equipa médica; 2. vários estudos relatam falta de habilidade entre os médicos em transmitir más notícias aos pacientes; 3. a transmissão de más notícias sem planeamento apropriado pode gerar danos psicológicos e ressentimento nos pacientes e suas famílias, mas uma abordagem adequada facilita a sua aceitação; e 4. a comunicação de más notícias liga-se a dizer a (dura) verdade, que permite ao paciente tomar uma decisão consciente sobre a doença e a continuidade do tratamento. Simões, usando a técnica do inquérito por questionário *online*, propõe-se a analisar a adesão de médicos de medicina interna a estratégias de comunicação, na perspetiva do processo comunicacional e do conteúdo da mensagem; a compreender a sua experiência do ato de comunicação das más notícias, do ponto de vista da autoeficácia; e a caracterizar a sua abordagem ao doente/família recetor de más notícias, enquanto ser emocional, inserido num contexto biopsicossocial. A autora nota que os médicos inquiridos consideram que adequam o seu vocabulário à linguagem do doente na comunicação das más notícias (100%) e evidenciam uma auto-perceção positiva acerca da sua atuação aquando da transmissão das más notícias no que respeita à resposta emocional do doente e família. A autora conclui que a comunicação de más notícias exige formação específica e que a aprendizagem transforme conhecimento em ação.

A literacia em saúde é considerada um recurso para melhorar o empoderamento das pessoas nos domínios da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde (Sørensen et al., 2012) e tem sido associada a uma variedade de resultados socioeconómicos e de saúde positivos e à felicidade (e.g., Angner et al., 2010). Tentamos, com os números temáticos da *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, dar alguns contributos nesses sentidos.

Referências

Angner, E., Miller, M.J., Ray, M.N., Saag, K.G., & Allison, J.J. (2010). Health literacy and happiness: A community-based study. *Social Indicators Research, 95*, 325–338. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9462-5>

Azamfirei, L. (2016). Knowledge is power. *The Journal of Critical Care Medicine, 2*(2), 65–66. <https://doi.org/10.1515/jccm-2016-0014>

Barańska, A., & Kłak, A. (2022). Recent trends in health literacy research, health status of the population and disease prevention: An editorial. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(14), 8436. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148436>

Baumeister, A., Chakraverty, D., Aldin, A., Seven, Ü.S., Skoetz, N., Kalbe, E., & Woopen, C. (2021). “The system has to be health literate, too”: Perspectives among healthcare professionals on health literacy in transcultural treatment settings. *BMC Health Services Research, 21*. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06614-x>

Bazrafshan, A., Zندهbad, A., & Enjoo, S.A. (2022). Delivering bad news to patients: Survey of physicians, patients, and their family members’ attitudes. *Shiraz E-Medical Journal, 23*(1), e109016. <https://doi.org/10.5812/semj.109016>

Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., McPhee, C., Sparkes, L., & Hawkins, M. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health, 15*. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2056-z>

Casares Jr., D.R., & Binkley, E.E. (2021). Podcasts as an evolution of bibliotherapy. *Journal of Mental Health Counselling, 43*(1), 19-39. <https://doi.org/10.17744/mehc.43.1.02>

Castro-Sánchez, E., Chang, P.W.S., Vila-Candel, R., Escobedo, A.A., & Holmes, A.H. (2016). Health literacy and infectious diseases: Why does it matter? *International Journal of Infectious Diseases, 43*, 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.019>

Coughlin, S.S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environment and Health Sciences*, *6*(1), 3061.

Elnaem, M.H., Irwan, N.A., Abubakar, U., Syed Sulaiman, S.A., Elrggal, M.E., & Cheema, E. (2020). Impact of medication regimen simplification on medication adherence and clinical outcomes in patients with long-term medical conditions. *Patient preference and adherence*, *14*, 2135–2145. <https://doi.org/10.2147/PPA.S268499>

Friis, K., Aaby, A., Lasgaard, M., Pedersen, M.H., Osborne, R.H., & Maindal, H.T. (2020). Low health literacy and mortality in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, and mental illness: A 6-year population-based follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249399>

HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states: The European health literacy survey HLS-EU*. https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf

Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., & Kindig, D.A. (editors) (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>

Keene Woods, N., Ali, U., Medina, M., Reyes, J., & Chesser, A. K. (2023). Health literacy, health outcomes and equity: A trend analysis based on a population survey. *Journal of Primary Care & Community Health*, *14*, 21501319231156132. <https://doi.org/10.1177/21501319231156132>

Kiernan, M.A., Mitchell, B.G., & Russo, P.L. (2023). The power of podcasts: Exploring the endless possibilities of audio education and information in medicine, healthcare epidemiology, and antimicrobial stewardship. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology: ASHE*, *3*(1), e98. <https://doi.org/10.1017/ash.2023.178>

Lee, J.Y., Murry, N., Ko, J., & Kim, M.T. (2018). Exploring the relationship between maternal health literacy, parenting self-efficacy, and early parenting practices among low-income mothers with infants. *Journal of health care for the poor and underserved*, *29*(4), 1455-1471. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0106>

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8:e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>

Llewellyn, G., McConnell, D., Honey, A., Mayes, R., & Russo, D. (2003). Promoting health and home safety for children of parents with intellectual disability: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 24(6), 405-431. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2003.06.001>

Miller, T.A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1079-1086. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020>

National Center for Education Statistics. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy*. <https://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

Otten, C., Kemp, N., Spencer, M., & Nash, R. (2022). Supporting children's health literacy development: A systematised review of the literature. *International Journal of Educational Research*, 115. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2022.102046>

Pathak, A., Ogunbayo, A., Trushna, T., Khare, S., Mathur, A., Atkins, S., & Diwan, V. (2022). Perceptions and experiences of caregivers on child injuries: A qualitative study from Central India. *Journal of Prevention*, 43, 549–565. <https://doi.org/10.1007/s10935-022-00682-3>

Rudd, R.E. (2015). The evolving concept of health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7-9. <https://doi.org/10.1179/1753806815Z.000000000105>

Santos, P., Sá, L., Couto, L., Hespanhol, A. (2017). Health literacy as a key for effective preventive medicine. *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1407522. <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1407522>

Shahid, R., Shoker, M., Chu, L.M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC BMC Health Services Research*, *22*. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>

Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde [SPLS]. (s.d.). *Missão e competências*. <https://splspportugal.com/sobre/>

Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Mensing, M., & Broucke, S. van den. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The 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., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project. (2012). European health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

U.S. Department of Health and Human Services / Healthy People 2030. (s.d.). *Health literacy*. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/health-literacy>

Wani, J.I., Almushayt, N.O., Abbag, W.F., Buhran, L.A., & Nadeem, M. (2022). Pediatric first aid, trauma knowledge, and attitude among parents and general population in Aseer region, Southern Saudi Arabia. *SAGE Open Medicine*, *10*, 20503121221126762. <https://doi.org/10.1177/20503121221126762>

World Health Organization [WHO]. (2022). *Health promotion*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>

Hospital e crianças: Quando a literacia em saúde entra na história

Hospital and children:
When the health literacy enters the stories

Eliana Rocha, Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

Resumo

Os medos das crianças em relação ao hospital estão, muitas vezes, enraizados em crenças. É necessário desmitificá-los, permitindo maior segurança e mais informação no contacto com o hospital, o que facilitará a navegação pelos serviços de saúde. Estes são os princípios da literacia em saúde – acesso, compreensão e uso. Realizou-se um estudo qualitativo exploratório (técnica de grupos focais), com uma abordagem quantitativa (questionário). Com base no modelo da comunicação ACP (Assertividade, Clareza e Positividade), foram investigados quais os medos das crianças de idade pré-escolar (3 a 5 anos) e as estratégias utilizadas para minimizá-los, o tipo de histórias e os personagens que gostam mais, através do ponto de vista dos pais e das crianças. Este estudo mostra que os medos em relação ao hospital das crianças em idade pré-escolar são: seringas, separação dos pais, profissionais de saúde. As estratégias são: preparar a criança com antecedência, utilizar técnicas de distração, falar do material que vai encontrar. O tipo de histórias que gostam são as de animais, princesas e de lutas/força; e histórias de amor, de superpoderes e com um final feliz são as que mais as fazem sorrir. Os resultados permitiram construir quatro histórias, que deram origem a um *e-book*.

PALAVRAS-CHAVE:

literacia em saúde, crianças, medo, hospital, *storytelling*

Abstract

Children's fears of the hospital are often rooted in beliefs. It is necessary to demystify them, to allow greater security and more information in the contact with the hospital, which will facilitate navigation through the health services. These are the principles of health literacy – access, understanding and use. A qualitative exploratory study (focus groups technique) was carried out, with a quantitative approach (questionnaire). Based on the ACP communication Model (Assertiveness, Clarity and Positivity), the fears of preschool children (3 to 5 years old) and the strategies used to minimize them, the type of stories and the characters that children like the most, were investigated, through the point of view of parents and children. This study shows that the fears regarding the hospital of preschool-age children are: syringes, separation from parents, health professionals and the strategies are: preparing the child in advance, using distraction techniques, talk about the material they will find. The kind of stories they like are about animals, princesses and fights/strength and love stories, superpowers and happy endings are the ones that make them smile the most. The results allow the construct of four stories that gave rise to an e-book.

KEYWORDS:

health literacy, children, fear, hospital, storytelling

1. Introdução

Frases como, “portas-te mal levas uma pica”, “portas-te mal vais para o hospital”, ditas às crianças desde cedo, até pelos próprios pais, facilmente se tornam crenças, muito difíceis de desmitificar, levando ao medo no contacto com o hospital e com os profissionais de saúde. Muitas vezes, efetivamente são realizados procedimentos mais invasivos e que provocam dor, sendo que um dos primeiros contactos mais traumáticos com os profissionais de saúde é mesmo na administração de vacinas, que envolve “picas”, em idades precoces.

Todos os dias, os profissionais da área pediátrica recorrem a estratégias para minimizar a dor e ansiedade, utilizando medidas como brincar, distração ou relaxamento. No contacto inicial com a criança desenvolve-se uma relação de confiança e não de ameaça (Fernandes, 2020; Salmela et al., 2010). São fundamentos da prática em pediatria, os cuidados centrados na criança e família e a parceria de cuidados (Casey, 1988; Ramos, 2020). Com estes princípios presentes, foi sendo desenvolvido o interesse pela questão dos medos das crianças em relação ao hospital e o que poderá ser feito para os minimizar, mas para isso é necessário conhecê-los por quem os sente. Assim, surgiu a questão de partida para este estudo: *Como pode a literacia em saúde intervir na prática para desmitificar os medos mais frequentes nas crianças em idade pré-escolar em relação ao hospital e nas estratégias para minimizá-los?*

O objetivo principal deste estudo é: contribuir para o desenvolvimento da literacia em saúde na prática na infância e estimular a autonomia, o autocontrolo e a autoeficácia da criança, a partir da idade pré-escolar (3-5 anos), no contacto com o hospital, permitindo-lhe um melhor acesso, compreensão e uso da instituição de saúde. Como estratégia de literacia em saúde, foi escolhido o *storytelling*, com a elaboração de um *e-book* com histórias infantis baseadas no conhecimento resultante das opções metodológicas aplicadas.

2. O *storytelling* em benefício da literacia em saúde das crianças

2.1. Literacia em saúde e crianças

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 2013, *literacia em saúde* como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar a informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”. Assim sendo, literacia em saúde implica “o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida” (World Health Organization, 2013).

Por sua vez, a OMS (2018) definiu como 3.º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável até 2030, “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. As abordagens de literacia em saúde devem ter em conta estes propósitos e serem centradas no indivíduo.

Contemplar as especificidades de cada indivíduo e de cada estágio de desenvolvimento impõe-se como sendo uma ótima oportunidade para promover a saúde ao longo do ciclo de vida. Morrison et al. (2019) referem, por isso, que a literacia em saúde é um assunto a considerar nos cuidados de saúde nas crianças, dado que é, nesta fase da vida, que ocorrem os processos de desenvolvimento basilares a nível cognitivo, físico e emocional, fundamentais para a sua personalidade.

É também nesta etapa que competências e comportamentos relacionados com a saúde se desenvolvem (Bröder et al., 2017, p. 2). Daí ser de extrema importância intervir nos primeiros anos de vida, para garantir adultos saudáveis e sociedades mais literadas em saúde, permitindo empoderar as crianças para se tornarem mais conscientes da sua saúde e mais informadas e reflexivas nas suas escolhas de saúde futuras.

2.2. A comunicação em saúde – O modelo ACP

Para Vaz de Almeida (2019) “a comunicação é a base estruturante em que a literacia em saúde assenta e que permite estabelecer relações entre as pessoas” (p. 43), devendo a informação ser assertiva, clara, positiva e adequada ao paciente, para ser compreendida (Vaz de Almeida, 2018, 2020b, 2020a) – Tabela 1.

Tabela 1. Características da Informação segundo Modelo ACP

Características da Informação	Ação
Assertividade	Respeito pelo outro
Clareza (Linguagem clara ou <i>plain language</i>)	Concisa (palavras curtas e simples) Organizada Não usa jargão técnico (termos médicos) Compreensível
Positividade	Contribui para melhorar o bem-estar Palavras agradáveis – são estimulantes e motivadoras Promoção da esperança Reduz reações negativas, como a dor

Fonte: Baseado em Gonçalves et al. (2021); Vaz de Almeida (2018, 2019, 2020a, 2020b).

Assim, a empatia e a comunicação positiva são cruciais na melhoria dos resultados em saúde de cada indivíduo, quando desenvolvidas de forma intencional, prática (capacidades e atributos) e, por isso, com preparação prévia (conhecimentos). Pensar positivamente permite uma maior rapidez na aprendizagem e estimula a confiança da própria pessoa (Vaz de Almeida, 2020, p. 140). Estes são aspetos cruciais quando falamos em crianças. Este modelo teórico-prático ACP (Assertividade, Clareza, Positividade) da comunicação, adaptado ao estágio de desenvolvimento das crianças, foi aplicado no estudo conduzido.

2.3. Criança em idade pré-escolar

O período pré-escolar é considerado como o intervalo dos 3 aos 5 anos, conforme defende (Whaley & Wong (1989), sendo uma idade de descobertas, imaginação, curiosidade e do desenvolvimento de padrões sócio-culturais de comportamento. O egocentrismo é predominante, uma vez que a criança se autocentra em si própria, vendo o mundo apenas do seu ponto de vista (Festas et al., 2020). Nesta fase, a criança não tem ainda a noção dos seus limites corporais, pelo que qualquer intervenção mais invasiva se poderá tornar assustadora, pois pode colocar em risco a sua integridade. As crianças têm ainda dificuldade em distinguir a realidade da fantasia (Baldwin, 1973; Festas et al., 2020).

As brincadeiras na fase pré-escolar são, essencialmente, baseadas na imitação, ou seja, as crianças observam a realidade do seu quotidiano, bem como os papéis desempenhados pelas pessoas com quem se relacionam, absorvendo-as e replicando-as nas suas brincadeiras. É nesta fase que comportamentos são replicados, o que torna essencial que o ensino destas crianças seja a representação de comportamentos desejados, tornando a sua aquisição mais eficaz (Cassandra & Opperman, 2001, p. 137).

Também na idade pré-escolar, as crianças gostam de ouvir histórias e até de recontá-las. No entanto, em relação à comunicação verbal, compreendem apenas o significado literal das palavras, o que implica por parte do emissor muita atenção na escolha das expressões usadas, que não devem ter outros significados (Cassandra & Opperman, 2001, p. 131). Conhecer os aspetos do desenvolvimento permite-nos com maior rigor promover o desenvolvimento de competências nesta fase da vida (Festas et al., 2020).

2.4. A geração Alpha

O conhecimento das características geracionais das crianças entre os 3 e os 5 anos – geração Alpha (Tabela 2) – permite-nos uma intervenção de forma mais focada e efetiva. Esta é descrita como a geração que nasceu após o ano 2010 (Carneir et al., 2018; Ramadlani & Wibisono, 2017, p. 4) e é a primeira 100% digital, ou seja, a tecnologia faz parte da sua vida diária. Na tabela seguinte encontram-se as suas principais características.

Tabela 2 – Características da geração Alpha

Geração Alpha
100% digital - a tecnologia faz parte do seu dia-a-dia
Conceito de “conexão” é central
Interligação entre tecnologia, brincar e motivação
Ativa
Exploradora
Criativa
Mais focada no processo do que no produto
Não gostam de regras externas, mas refletem nas experiências e nos contextos
Mais autônoma na tomada de decisões
Capta informação mais rapidamente
“multitasking”
Comunicação mais visual, pela imagem e som
Anti-partilha
Ignoram a privacidade
Vivem o momento presente
Inserida no “mundo global”

Fonte: Baseado em Ramadlani e Wibisono (2017); Carneir et al. (2018).

A tecnologia ocupa uma grande importância na vida das crianças da geração Alpha, podendo apresentar-se como um excelente veículo de transmissão de informação, oferecendo novas possibilidades para a promoção da literacia em saúde (Parisod, 2019). O Manual de Boas práticas de Literacia em Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019) estimula a utilização de alguns métodos e meios promotores de literacia em saúde, como a criação de websites e aplicações, utilização de redes sociais online e websites, como forma de propagar informação fidedigna. Estas ferramentas, para além de poderem ser monitorizadas e avaliadas facilmente, permitem reforçar e personalizar mensagens.

A construção de um e-book e a sua divulgação e distribuição em diferentes plataformas digitais é uma estratégia de literacia em saúde a usar nesta faixa etária.

2.5. O empoderamento e a auto-eficácia da criança

O empoderamento engloba a participação do próprio indivíduo no seu processo contínuo de saúde, ao longo do ciclo de vida, sendo de extrema importância trabalhar esta competência em idades precoces, promovendo melhores resultados ao longo da vida (World Health Organization, 1998). Possibilita que as pessoas mantenham controlo sobre a sua vida, quer em situações que conseguem controlar ou não. Surge aqui, então, outro conceito de extrema importância – autoeficácia.

Bandura (1963) define autoeficácia como a crença nas qualidades pessoais que afetam a execução de ações para produzir os resultados desejados. A teoria social cognitiva de Bandura, referida por Vaz de Almeida (2020, p. 129), explica a necessidade de se promover a autoeficácia do sujeito. Através do desenvolvimento da confiança, levando-o à reflexão sobre um assunto, é-lhe permitida a motivação e o aumento do conhecimento, para que possa, por si só, assumir o controlo da gestão da sua saúde.

Seligman, citado por Ramos (2020) refere que a autoeficácia pode ser positiva – síndrome do “eu consigo”, em que a pessoa tende a desafiar-se mais, aumentando a sua motivação para a ação ou intenção de ação (p. 14). Assim, a capacitação da criança para desenvolver precocemente uma estrutura emocional que lhe permita o “eu consigo” revela-se como fundamental para o seu empoderamento tanto na saúde, como na vida.

Bandura (1963, 1986) defende que a aquisição de comportamentos é feita por modelação. Ou seja, neste caso, as crianças observam os comportamentos nos adultos, absorvem-nos, copiam-nos e replicam-nos. Deste modo, facilmente se percebe a importância da forma e do conteúdo da informação transmitida às crianças, que deve ser promotora de comportamentos saudáveis. O papel da literacia em saúde revela-se, assim, crucial para o correto e eficaz desenvolvimento do empoderamento e consequente autoeficácia na criança.

2.6. Os medos

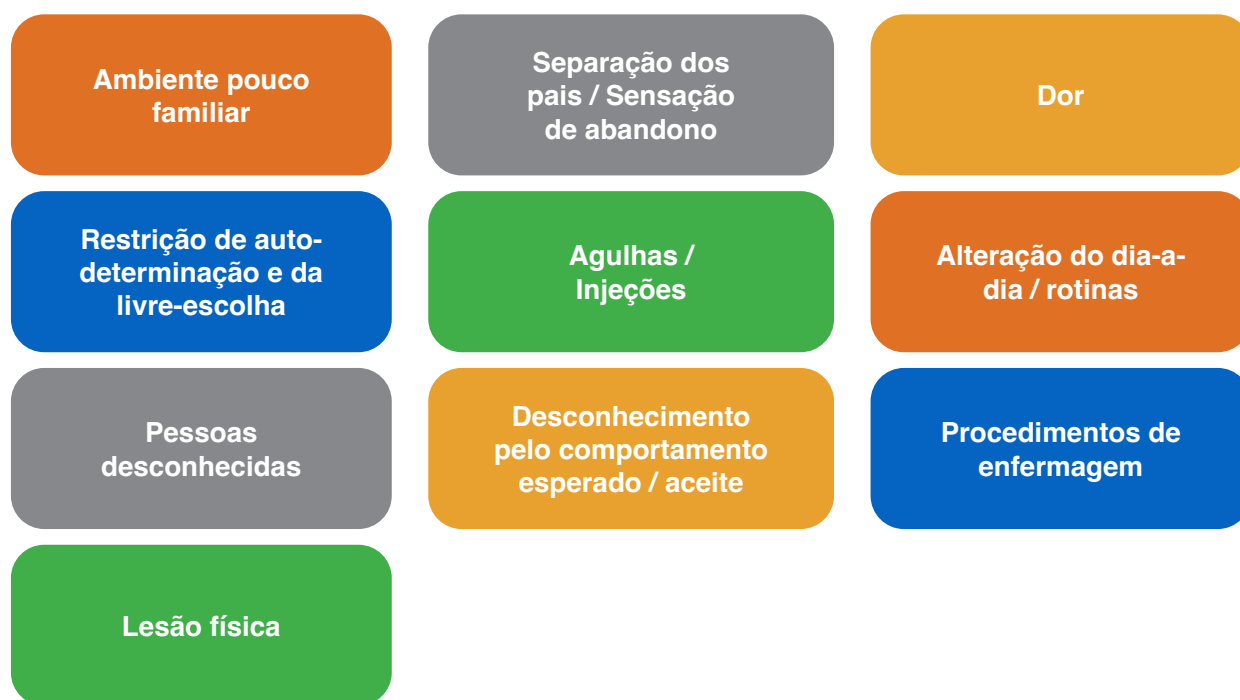
A investigação, ao longo dos anos, identificou três variáveis independentes sobre o apelo ao medo: medo, ameaça percebida e eficácia percebida (Witte & Allen, 2000, p. 591). O medo (emoção) e a ameaça (cognição), apesar de conceitos distintos, estão íntima e

reciprocamente relacionados. Por exemplo, quanto maior for a ameaça percebida, maior será a experiência de medo (Witte & Allen, 2000).

Frases, como “portas-te mal, levás uma pica!” ou “se não te portas bem vais para o hospital”, são reveladoras do poder persuasivo do apelo ao medo, ficando enraizado como algo ameaçador desde os primeiros anos de vida. É importante desmitificar estes apelos, uma vez que em nada contribuem para uma boa relação com os cuidados/profissionais/instituições de saúde. É preciso fazer do medo um aliado motivador, capacitando os indivíduos para que acreditem que são capazes de se proteger a si próprios (Coyne, 2006).

Concretamente em relação aos medos das crianças em idade pré-escolar, os mais comuns descritos em vários estudos, são: rejeição, escuro, barulho, punição, crítica, perda de controlo (Salmela et al., 2009). Em relação ao hospital, os medos mais presentes nesta fase, causadores de reações geradoras de stress na criança, encontram-se descritos na figura seguinte.

Figura 1. Medos das crianças em idade pré-escolar em relação ao hospital



Fonte: Baseado em Coyne (2006); Salmela et al. (2009).

Não existe, porém, um método único eficaz para remover o medo das crianças em relação ao hospital, mas podem ser usadas algumas estratégias no sentido de o minimizar ou combater, como prepará-la, fornecendo informação antecipada sobre o que pode encontrar e o que pode fazer para ficar menos ansiosa (estratégias de *coping*), usar imagens positivas, o humor, brincar e permitir o brinquedo preferido, mantendo sempre a família como parceira fundamental no uso destas ferramentas (Fernandes, 2020; Salmela et al., 2010). O ideal será que as crianças consigam perceber o hospital como um lugar que promove a sua cura e em que se sintam seguras e não que seja potenciador de medos (Salmela et al., 2009, p. 276).

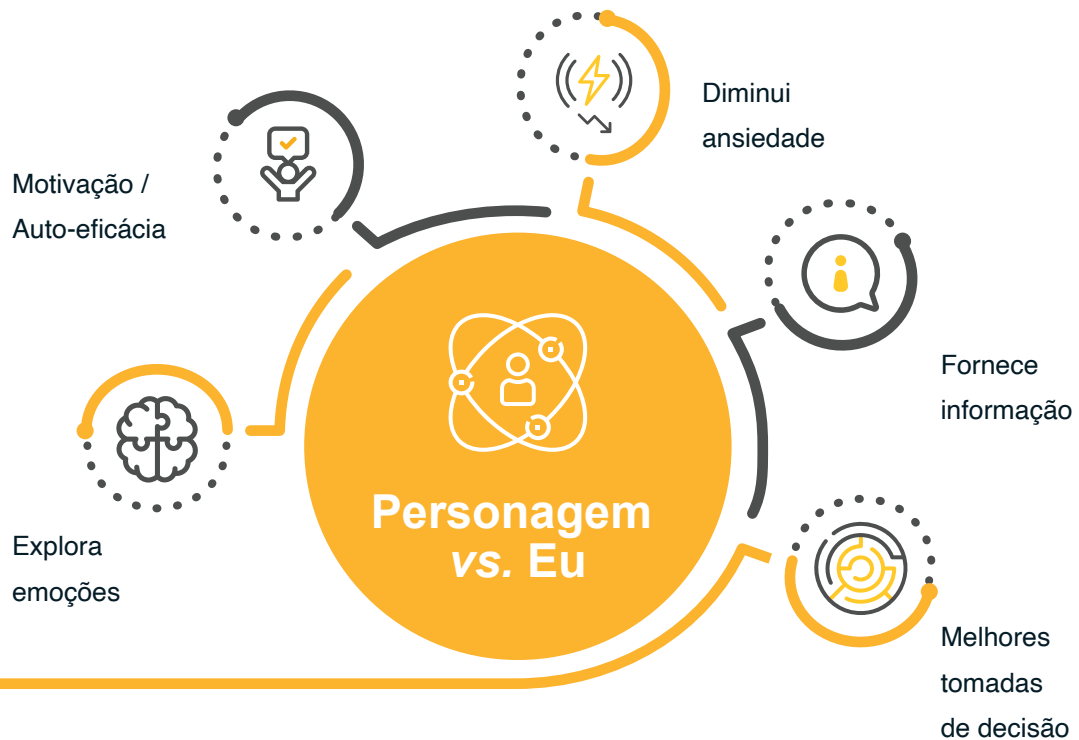
2.7. *Storytelling*

Uma estratégia de componente lúdica e de literacia em saúde muito eficaz nas crianças é a narrativa/*storytelling*, já que é um facilitador na comunicação (Vaz de Almeida et al., 2021). Contar histórias é uma característica humana que tem desempenhado um importante papel ao longo dos tempos e pode constituir uma intervenção de baixo custo e humanizada no bem-estar da criança (Gonçalves et al., 2021). As histórias convidam o leitor e/ou o ouvinte a mergulhar na ação narrativa e, assim, perder-se dentro dela, podendo assumir-se como protagonista da sua própria história, o que lhe permite aumentar a sua consciência dos processos que moldam a sua existência (Gonçalves et al., 2021, p. 8; Vaz de Almeida et al., 2021).

As narrações sobre saúde poderão ser uma estratégia valiosa de literacia em saúde e uma ferramenta promotora de um melhor acesso, compreensão e uso da informação em saúde, possibilitando melhores tomadas de decisão (Vaz de Almeida et al., 2021) e, por isso, melhores resultados em saúde (Gonçalves et al., 2021, p. 10). Providenciar informação acerca da doença e do processo de cuidado está relacionado com a diminuição da ansiedade e incerteza, tal como uma maior satisfação com os serviços de saúde e a sua utilização mais apropriada (Hartling et al., 2013, p. 1).

A identificação com os personagens e o material imaginativo providenciado pelas histórias permitem às crianças encontrarem estratégias para lidar com os seus problemas e vivenciarem de forma mais tranquila situações que lhes causem sofrimento ou angústia, favorecendo o seu desenvolvimento cognitivo-social (D'Alcantra, 2007, p. 45). Deste modo, as histórias podem ser usadas como uma ferramenta poderosa e segura para explorar os medos e aceder, assim, aos sentimentos das crianças (Vaz de Almeida et al., 2021, p. 49) – Figura 2.

Figura 2. Identificação do Eu com a personagem: vantagens do *storytelling* para a criança



Fonte: Baseado em D'Alcantra (2007); Gonçalves et al. (2021).

3. Método

O presente estudo é misto exploratório. Utiliza uma abordagem quantitativa pelo recurso a questionário e também qualitativa com a técnica de grupo focal. Foi feita uma amostragem não probabilística por conveniência – crianças em idade pré-escolar (3-5 anos) e família (como população secundária).

A abordagem metodológica implementada neste estudo assentou num conjunto de fases e técnicas de recolha de dados (Tabela 3).

Tabela 3. Metodologia aplicada

Fases	1. ^a Fase	2. ^a Fase
Tipo	Quantitativa	Qualitativa
Instrumento / Técnica	Questionário <i>online</i> – 4 perguntas (3 escolha múltipla e 1 questão aberta)	Grupo focal (guião do observador)
População-alvo	Família de crianças com idade dos 3 aos 5 anos	Crianças em idade pré-escolar (3 aos 5 anos)
Atividade	Disponibilização do questionário nas redes sociais <i>online</i> Facebook, Instagram e LinkedIn 25/06/2021 a 10/07/2021	Recolha de dados através de conversa informal/discussão com as crianças sobre os seus medos e estratégias para combatê-los
Procedimentos metodológicos	Categorização dos medos mais comuns, das estratégias mais utilizadas pela família para minimizar o medo e do tipo de histórias que as crianças mais gostam nesta faixa etária	Nuvem de palavras para os medos (programa Wordart) e categorização das estratégias

No final, foram redigidas as histórias do *e-book* de acordo com a categorização obtida na análise dos resultados dos questionários e na análise de conteúdo das conversas informais com as crianças.

4. Apresentação e discussão dos resultados

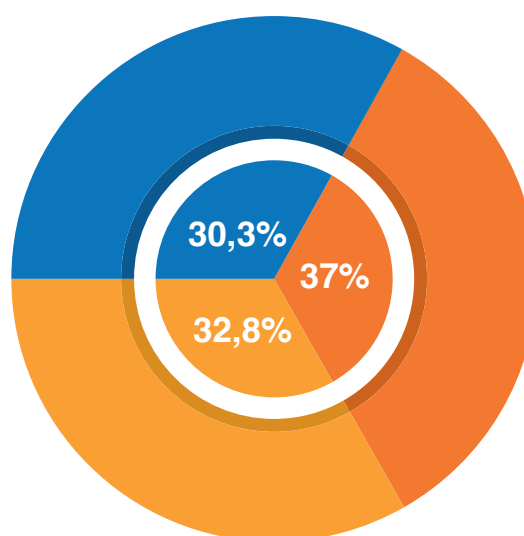
4.1. Questionários

Obtiveram-se 125 respostas ao questionário. Da amostra obtida, existiu uma distribuição em relação à idade dos filhos dos inquiridos bastante equitativa, permitindo uma visão equilibrada sobre a temática nas diversas idades abrangidas pelo período pré-escolar (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição etária dos filhos dos pais inquiridos

Sou mãe ou pai de uma criança com...

- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos

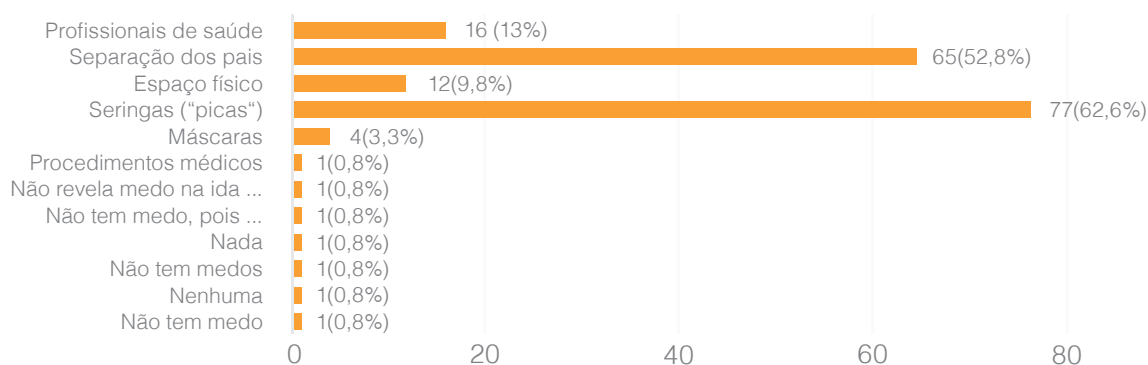


Relativamente aos medos mais frequentes em relação ao hospital, os que mais se destacaram foram: seringas “picas” (62,6%), a separação dos pais (52,8%) e os profissionais de saúde (13%) – Gráfico 2.

Gráfico 2. Medos mais frequentes das crianças, descritos pelos pais, em relação ao hospital

Em relação aos medos, quais os mais frequentes do seu filho em relação ao hospital?

123 respostas



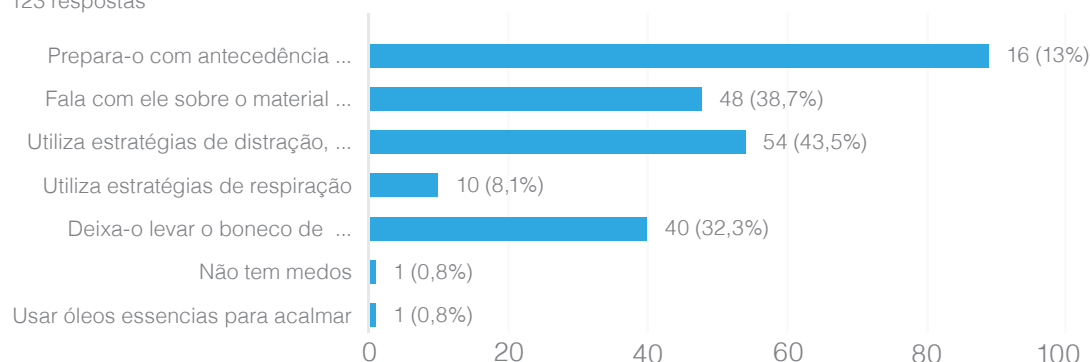
Estes dados são congruentes com os encontrados na literatura, que os referem como sendo medos presentes nesta faixa etária quando relacionados com o hospital.

No que se refere às estratégias mais utilizadas para diminuir o medo, as três mais expressivas, foram: “prepara-o com antecedência para a situação” (71,8%), “utiliza estratégias de distração, como mostrar um vídeo, ler uma história, brincar ou outras” (43,5%); “fala com ele sobre o material que vai encontrar” (38,7%) – Gráfico 3.

Gráfico 3. Estratégias utilizadas pelos pais para diminuir o medo das crianças em relação ao contacto com os profissionais de saúde/hospital

Que estratégias costuma utilizar para diminuir o medo do seu filho numa situação em que existe um contacto com profissionais de saúde/hospital?

123 respostas



Alguns autores (Fernandes, 2020; Salmela et al., 2010) defendem que estas são estratégias adequadas a utilizar com as crianças quando confrontadas com o medo em relação aos profissionais de saúde ou hospital.

No que diz respeito à questão aberta, e tendo por base o conhecimento do “filho em relação ao tema abordado - o medo do hospital, que tipo de história e super-herói ele /ela gosta? Qual a história que o faz sorrir?”, após a análise de conteúdo das 36 respostas, elaboraram-se as seguintes tabelas categorizantes.

Quanto ao tipo de histórias as que mais se destacaram foram sobre animais (55,6%), princesas (36,1%) e de lutas ou com recurso ao uso da força (30,6%) – Tabela 4.

Tabela 4. Tipo de histórias preferidas

Tipo de história	n	%	Tipo de história	n	%
Animais	20	55,6	Transformar os medos em super-poderes	1	2,8
Princesas	13	36,1	Áudio-histórias	1	2,8
Lutas / Força	11	30,6	Onde se diz a verdade	1	2,8
Contos antigos	6	16,7	Biografias	1	2,8
Histórias da Disney	4	11,1	Histórias cantadas	1	2,8
Histórias com situações reais	3	8,3	Sobre medos que se consegue superar	1	2,8
Velocidade	2	5,6	Representatividade (pessoas que se pareçam com ele)	1	2,8
Ser incluído na história	2	5,6	Que criem expectativa	1	2,8
Aventuras	2	5,6			
Histórias com humor	2	5,6			
Com Legos	2	5,6			

Em relação ao super-herói / personagem preferido, a escolha recaiu sobretudo nas princesas (36,1%), no homem-aranha (25%) e em unicórnios (19,4%) – Tabela 5.

Tabela 5. Super-herói / personagem preferido

Super-herói / Personagem	n	%	Super-herói / Personagem	n	%
Princesas heroínas e protetoras	13	36,1	Cristiano Ronaldo	1	2,8
Homem aranha	9	25	Médicos	1	2,8
Unicórnios	7	19,4	Enfermeiras	1	2,8
Dinossauros	6	16,7	Dragões	1	2,8
Minnie	4	11,1	Cinderela	1	2,8
Super-homem	3	8,3	Sereias	1	2,8
Piloto de corridas	1	2,8	Homem de Ferro	1	2,8
Mulher maravilha	1	2,8	Mickey	1	2,8
Polícias	1	2,8	Outros		
Pokémon	1	2,8			

Histórias sobre amor, a forma como a história é contada, superpoder do bater do coração “tum-tum, tum-tum” e histórias com finais felizes foram outras sugestões que os inquiridos deram para a construção de uma história que cativasse e fizesse sorrir as crianças, como os seus filhos, dos 3 aos 5 anos (Tabela 6).

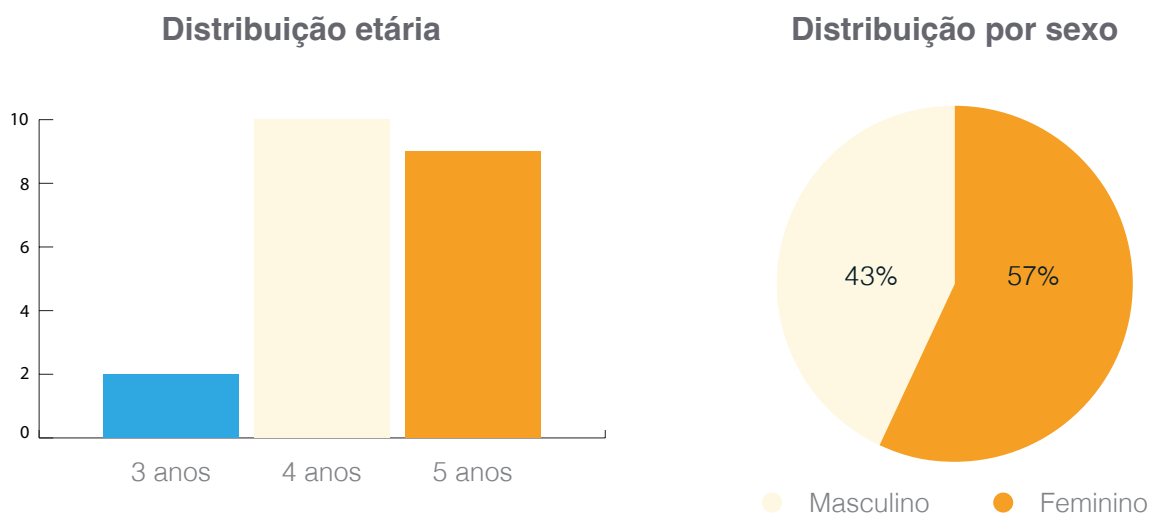
Tabela 6 – Histórias que fazem sorrir

História que faz sorrir
Ideia do Amor
A forma como a história é contada
Super poder do bater do coração “tum-tum, tum-tum”
Imaginação/criatividade dos profissionais de saúde na brincadeira
Histórias com final feliz

4.2. Focus group

Conduziu-se um *focus group* constituído por 21 crianças em idade pré-escolar (3-5anos), existindo um predomínio de crianças de 4 anos e do sexo feminino, pertencentes à turma A do Pré-Escolar da Escola EB1/JI J.M. – Gráficos 4 e 5.

Gráficos 4 e 5. Distribuição etária e por sexo do grupo



A figura seguinte retrata a análise de conteúdo à pergunta “De que tens medo?”.

Figura 3. Medos referidos pelas crianças com idade dos 3 aos 5 anos



Estes são também os medos descritos em vários estudos (Salmela et al., 2009), o medo do escuro e de criaturas imaginárias.

Na tabela 7 encontramos as estratégias que as crianças referem usar em situações de medo, por forma a diminuí-lo ou atenuá-lo. Foram encontradas três categorias, sendo que se definiram também os sentimentos envolvidos.

Tabela 7. Estratégias / sentimentos que as crianças usam para atenuar ou diminuir o medo

Estratégias	Sentimento envolvido	O que as crianças dizem
Ir para junto de quem transmite confiança e segurança	Confiança / Segurança	“Vou para a cama da mãe”; “Vou para a sala com a mãe fazer desenhos” “Vou para a sala com a mãe e o pai” “Vou para debaixo do cobertor da mãe”
Agir para se sentir seguro – diminuir o medo	Ação	“Acendo a luz” “Chamo ajuda” “Escondo-me atrás de uma árvore” “Fecho a porta” “Fujo, vou para a cama e fico corajoso” “Fujo”
	Fuga	“Corro, corro e vou para debaixo dos cobertores” “Fujo muito rápido” “Corro na velocidade do Flash”
Identificar-se com personagem corajosa	Identificação/Personificação	“Rei Leão”

4.3. A construção das histórias

A construção das histórias foi realizada, tendo por base os resultados obtidos neste estudo, bem como alguns aspetos referidos na abordagem teórica. Assim, consideraram-se as respostas com maior ponderação, mas com alguns contributos de outras menos ressaltadas, como por exemplo, no tipo de histórias valorizaram-se as de velocidade em detrimento das de lutas. Colocaram-se vários apontamentos em relação aos super-heróis e personagens referenciados, como histórias com animais, unicórnios, dragões e outros.

Em relação ao modelo ACP, consideraram-se os aspetos referidos na Tabela 8 na construção das histórias.

Tabela 8. Elementos das histórias fundamentados no Modelo ACP

Assertividade	Narrada na 1. ^a pessoa – facilita a identificação com a personagem Incorporação de elementos referidos (pais/crianças) – aventura, fada, unicórnios, animais Gestos de amor – abraço, sorriso
Clareza	Frases curtas Rima Imagens / Cores Palavras familiares
Positividade	Palavras que incentivam a ação: “continuei”, “avancei” Imagens com mensagens felizes (sorriso, abraço, festa) Recompensa: Superpoderes, super-herói, campeão Final positivo/feliz

Após todas estas validações, foram construídas 4 histórias¹ - Tabela 9.

1 O e-book pode ser consultado em <http://hdl.handle.net/10400.12/8400>

Tabela 9. As histórias do *e-book*

História	Conteúdo narrativo
<p>“Uma corrida no hospital”</p> 	<p>Um menino que faz uma corrida de carro pelos corredores do hospital, encontrando vários desafios e personagens pelo caminho, como salas desconhecidas e surpreendentes e profissionais de saúde, disfarçados de gigantes e duendes. No fim, um final feliz!</p>
<p>“A Fada da Coragem”</p> 	<p>Uma menina que vai conhecer a sua amiga fada a um castelo, cheio de aventuras. Pelo caminho encontra unicórnios, dragões e salas misteriosas. Um mundo mágico que faz lembrar uma ida ao hospital, com poções mágicas e superpoderes para enfrentar os medos que vão surgindo. No fim, um final feliz!</p>
<p>“O Leão Corajoso”</p> 	<p>Leva-nos à selva e ao mundo dos animais. Remete-nos para o perigo, como também para a coragem para os enfrentar. Tem apontamentos sobre a importância da amizade e dos gestos que fazemos na relação com o outro. Após algumas aventuras o jovem explorador encontra o seu amigo e, mais uma vez, um final feliz!</p>
<p>“Medos e Segredos”</p> 	<p>Construída apenas com base na interação presencial com as crianças, ressaltando o que são os seus medos e as estratégias que usam para atenuá-los.</p>

Outra das características deste *e-book* foi a ilustração das histórias que foi realizada através de uma parceria internacional com um jovem cabo-verdiano, com o intuito de divulgar o seu trabalho (Figura 4). A valorização das pessoas faz-se em parceria, construindo pontes de ligação no mundo onde vivemos conectados, conceito fundamental quando falamos de literacia em saúde.

Figura 4. Capa do *e-book* “O Hospital e as Crianças”



No final do *e-book*, existem algumas sugestões de atividades para que os pais e educadores possam fazer com as crianças, no sentido de desenvolverem as suas competências parentais e, simultaneamente, sedimentarem nas crianças sentimentos/emoções positivos em relação ao hospital. Os fundamentos e os objetivos da literacia em saúde estão presentes neste *e-book*, tal como nos mostra a Figura 5.

Figura 5. A literacia em saúde na prática refletida no *e-book*



4. Conclusão

Através de uma viagem pelos conceitos fundamentais da literacia em saúde, bem como da comunicação, das características das crianças em idade pré-escolar/ geração Alpha, do conceito do medo e do *storytelling*, foi lançada a descoberta do conhecimento da percepção dos pais e das crianças sobre os medos da criança em idade pré-escolar e das estratégias para minimizá-los ou combatê-los.

Os dados obtidos neste estudo encontram-se em conformidade com os referidos na literatura, o que permitiu uma estruturação bem fundamentada das histórias elaboradas para o *e-book*.

O investimento da literacia em saúde em idades precoces na infância é crucial, pelo que conseguir as melhores estratégias para atingir o público-alvo revela-se também fundamental. Assim, e baseado na revisão de literatura e nos resultados deste estudo, foi possível criar um produto dirigido às características das crianças em idade pré-escolar: um *e-book* – material digital, didático, lúdico e versátil, fundamentado no modelo de comunicação ACP, em que as histórias de amor e com um final feliz ganham relevância. O acesso, a compreensão e o uso pelas crianças em relação aos serviços de saúde ganhou destaque através da minimização do medo no contacto com os mesmos, acautelando melhores resultados em saúde.

Como maior constrangimento deste estudo, refere-se a limitação da amostra e a não validação do produto final junto do público-alvo.

A versatilidade da metodologia utilizada poderá permitir adquirir conhecimento sobre outros temas relacionados com a saúde da criança e disponibilizá-la pela mesma via, utilizando como ferramenta educativa o recurso a *e-book / storytelling*.

Referências

Baldwin, A. L. (1973). *Teorias do desenvolvimento da criança*. Livraria Pioneira Editora.

Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. Holt, Rinehart, and Winston.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice-Hall.

Bloch, Y. H., & Toker, A. (2008). Doctor, is my Teddy Bear Okay? The “Teddy bear hospital” as a method to reduce children’s fear of hospitalization. *Israel Medical Association Journal*, 10(9), 597–599.

Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E. M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., ... Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>

Carneir, C.G., Bezerra, F. de M., Oste, G., Cremonezi, G., & Reis, T.A. dos. (2018). Study on The Alpha generation and the reflections of its behavior in the organizational environment. *Journal of Research in Humanities and Social Science*, 6(1), 2321–9467.

Casey, A. (1988). A partnership with the child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 8–9.

Cassandra, K., & Opperman, C. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lusociência.

Coyne, I. (2006). Children’s Experiences of Hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(326), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1367493506067884>

D’Alcantra, E. B. (2007). Criança hospitalizada: O impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e Da Saúde*, 3(6), 38–55.

Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. In *Direção-Geral da Saúde*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>

Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em Pediatria. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem da saúde da criança e do jovem* (pp. 40–55). Lidel.

Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A criança em idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem da saúde da criança e do jovem* (pp. 160–191). Lidel.

Gillis, A. J. (2010). *Children ' s Health Care Hospital Preparation : The Children ' s Story*. *January 2015*, 37–41. <https://doi.org/10.1207/s15326888chc1901>

Gonçalves, B., Nascimento, C., Bernardes, C., Marques, C., Jasmins, C., Santos, D. F., Rocha, E., Feio, G., Sampaio, H., Fernandes, I., Fonseca, M., Simões, P., Taborda, P., Silva, R., Francisco, R., Nogueira, R., & Pires, S. (2021), *Storytelling: Pela voz e criatividade de profissionais das áreas da saúde Um contributo para o bem-estar e para a literacia em saúde do cidadão* (C. Vaz de Almeida & C. Lopes (Coords.)). ISPA - Instituto Universitário.

Hartling, L., Scott, S. D., Johnson, D. W., Bishop, T., & Klassen, T. P. (2013). A randomized controlled trial of storytelling as a communication Tool. *PLoS ONE*, 8(10), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077800>

Hudson, C. J., Jessee, P., Strickland, M. P., & Leeper, J. D. (1987). Storytelling: A measure of anxiety in hospitalized children. *Children's Health Care*, 16(2), 118–122. https://doi.org/10.1207/s15326888chc1602_8

Morrison, A. K., Glick, A., & Yin, H. S. (2019). Health literacy: implications for child health. *Pediatrics in Review*, 40(6), 263–277. <https://doi.org/https://doi.org/10.1542/pir.2018-0027>

Organização das Nações Unidas. (2018). Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo. *Centro de Informação Regional Das Nações Unidas Para a Europa Ocidental*, 1–38.

Parisod, H. (2019). Criar bases para uma vida saudável com intervenções digitais de literacia em saúde TT - Building foundation for a healthy life with digital health literacy interventions. *Referência, serIV*(21), 3–9. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&%0Apid=S0874-02832019000200001

Ramadlani, A. K., & Wibisono, M. (2017). *VISUAL LITERACY AND CHARACTER EDUCATION FOR ALPHA GENERATION* Abdul Khaliq Ramadlani , and Marko Wibisono. *October*, 1–7.

Ramos, A. L. (2020). A criança e o Jovem como Foco de cuidado: Empoderamento da criança, jovem e família. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 12–24). Lidel.

Salmela, M., Salanterä, S., & Aronen, E. T. (2009). *Child - Reported Hospital Fears In 4 to 6-Year-Old Children*. *35*(5).

Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T., & Aronen, E. T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *46*(3), 108–114. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x>

Tootell, H., Freeman, M., & Freeman, A. (2014). Generation alpha at the intersection of technology, play and motivation. *Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences*, 82–90. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2014.19>

Vaz de Almeida, C. (2018). Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Vaz de Almeida & C. Lopes (Eds.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33–42). Edições ISPA.

Vaz de Almeida, C. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências da comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Eds.), *Literacia em Saúde na Prática* (pp. 43–52). Edições ISPA.

Vaz de Almeida, C. (2020a). Modelo ACP - Assertividade, Clareza e Positividade: um instrumento da literacia em saúde. In C. Vaz de Almeida, K. L. Moraes, & V. V. Brasil (Eds.), *50 Técnicas de Literacia em Saúde na Prática: um guia para a saúde, volume II* (pp. 127–132). Novas Edições Académicas.

Vaz de Almeida, C. (2020b). *O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde : O modelo ACP – Assertividade (A), Clareza (C) e Positividade (P) na relação terapêutica O contributo das competências de comunicação dos médicos e enf (Issue C).*

Vaz de Almeida, C., Pinto, A., & Nunes, C. (2021). *Biblioterapia em contexto hospitalizar na promoção da literacia em saúde : a eficácia da storytelling.* <https://doi.org/10.5281/zenodo.4756948>

Whaley, L., & Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica . elementos essenciais à intervenção efetiva.* Editora Guanabara.

Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education and Behavior*, 27(5), 591–615. <https://doi.org/10.1177/109019810002700506>

World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. In *Division of Health Promotion, Education and Communication (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP).* World Health Organization. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

World Health Organization. (2013). *Health literacy: the solid facts* (I. Kickbusch, J. M. Pelikan, F. Apfel, & A. D. Tsouros (eds.)). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

Nota biográfica:

Eliana Rocha é Mestre em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF) e Especialista em Literacia em Saúde. É sócia fundadora da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS). Autora do livro “O Hospital e as crianças”. Coautora do livro *Storytelling: Pela voz e criatividade de profissionais das áreas da saúde*. Co-autora do Manual de Literacia em Saúde, em que foi co-responsável pelo capítulo “Literacia em Saúde e as Narrativas como Fonte de Cuidar”.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3573-7470>

Email: eliana.m.oliveira.rocha@gmail.com

Literacia em primeiros socorros a crianças

First aid literacy for children

Rosa Gonçalo

Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), Portugal

Graça Aparício

Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E); Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

Resumo

No âmbito da Literacia em Segurança Infantil, é fundamental investir, não só na prevenção de acidentes, como também, na capacitação da comunidade educativa para prestar Primeiros Socorros (PS). Paradoxalmente, em Portugal, a formação dos profissionais educativos, raramente aborda esta temática. Com este estudo pretendeu-se identificar os conhecimentos dos cuidadores de crianças sobre PS e avaliar o impacto de uma intervenção formativa no seu nível de conhecimentos. Realizou-se um estudo de análise quantitativa, longitudinal, em painel de curta duração. A amostra não probabilística compõe-se de 50 cuidadores de crianças, que frequentam a creche e infantário, de uma instituição de solidariedade social. Dados são obtidos através da aplicação de questionário de caracterização sociodemográfica da amostra e avaliação de conhecimentos antes e depois da intervenção. O teste-t revelou impacto positivo no nível de conhecimentos após a intervenção formativa; contudo, o teste McNemar indicou melhoria estatisticamente significativa apenas em algumas questões (convulsões, engasgamentos, traumatismos). Os resultados do estudo confirmam o impacto positivo da intervenção formativa, justificando a implementação de projetos semelhantes e construção de parcerias entre instituições escolares e de saúde.

PALAVRAS-CHAVE:

Literacia em saúde; Primeiros Socorros; Crianças; Escola; Cuidadores

Abstract

In the context of Child Safety Literacy, it is essential to invest, not only in accident prevention, but also in training the educational community to provide First Aid (PS). However, in Portugal, the training of educational professionals rarely addresses this issue. This study aimed to identify the caregivers' knowledge on PS and assess the impact of a training intervention on their level of knowledge. A quantitative, longitudinal, short panel study was conducted. The non-probability sample is composed of 50 caregivers of children attending day care and nursery school in a social solidarity institution. Data were obtained through a questionnaire for sociodemographic characterization of the sample and assessment of knowledge before and after the intervention. The t-test revealed a positive impact on the level of knowledge after the formative intervention; however, the McNemar test indicated a statistically significant improvement only in some questions (seizures, choking, trauma). The results of the study confirm the positive impact of the formative intervention, justifying the implementation of similar projects and building partnerships between school and health institutions.

KEYWORDS:

Health literacy; First Aid; Children; School; Caregivers

1. Introdução

A promoção de saúde em meio escolar, assente nos princípios das Escolas Promotoras de Saúde, contribui para elevar o nível de Literacia em Saúde (LS) da comunidade educativa (crianças, pais/mães, docentes/não docentes). Em Portugal, o instrumento orientador destes princípios é o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015), cujo primeiro eixo estratégico é a ‘capacitação’ e uma das áreas de intervenção, a promoção de um ambiente escolar seguro. Neste sentido, é fundamental investir, não só na prevenção de acidentes, mas também na formação da comunidade educativa para prestar Primeiros Socorros (PS). Alinhado com estes pressupostos, foi elaborado um estudo com o objetivo de contribuir para a LS e avaliar qual o efeito de uma intervenção formativa em PS a crianças, no nível de conhecimentos dos seus cuidadores.

2. Enquadramento teórico

Ao longo dos anos, o conceito de Literacia em Saúde (LS) evoluiu gradualmente, sendo atualmente considerado um dos mais importantes “determinantes” em saúde (Smith, 2021). De acordo com a DGS (2019), a OMS define LS como “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar a informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (p. 6). Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem contribuir para a promoção da LS, incrementando o *empowerment* dos cidadãos (CHUC, 2020).

Nesta perspetiva, a Direção Geral de Saúde (DGS) estabeleceu um “Plano de Ação para a Literacia em Saúde: 2019-2021”, defendendo a escola como um dos *settings* a investir mediante a capacitação de grupos específicos (pais, mães, cuidadores), emergindo, de entre outras, a abordagem dos acidentes, enquanto medida estratégica recomendada (DGS, 2019). Neste âmbito, a Saúde Escolar, assente nos princípios das Escolas Promotoras de Saúde (equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e *empowerment*), realça a importância da literacia das crianças, jovens e agentes educativos em matéria de segurança e PS com a finalidade de a escola constituir e promover um ambiente seguro, melhorando o estilo de vida da comunidade educativa (DGS, 2015).

No entanto, as lesões e traumatismos (não intencionais) que envolvem crianças, podem também ocorrer no domicílio e no percurso entre este e a escola, sendo classificados como “Acidentes Domésticos e de Lazer” (ADL). Em Portugal, os últimos dados (2019-2020) revelam que a casa é o espaço onde estes acidentes mais ocorreram (45%), seguidos da escola (16%), com destaque para as quedas (72%) na faixa etária 0-4 anos (INSA, 2020).

Perante isto e no âmbito da literacia em Segurança Infantil, torna-se imprescindível, investir nas ações de prevenção de acidentes e na capacitação dos cuidadores de crianças para que lhes sejam prestados PS adequados (DGS, 2015), dado que, de acordo com Casadevall et al. (2020) há um défice no grau de conhecimento, sobretudo dos profissionais de educação infantil, em relação aos PS.

Neste contexto, o enfermeiro é reconhecido como o profissional melhor posicionado para estabelecer a articulação entre a saúde e a escola, uma vez que fazem parte das suas competências a prestação de PS e a educação para a saúde (OE, 2019).

3. Metodologia

Realizou-se um estudo primário, do tipo quantitativo, de corte longitudinal, em painel antes e depois de curta duração.

3.1. Questão de investigação

Considerando a problemática e o desenho de estudo, foi elaborada a seguinte questão de investigação: “Qual o efeito da intervenção formativa em PS, no nível de conhecimentos dos cuidadores de crianças pré-escolares?”.

3.2. Participantes

A amostra, classificada como não probabilística acidental, por conveniência; foi constituída por 50 cuidadores de crianças a frequentar as valências de educação pré-escolar da Santa Casa de Misericórdia de Viseu (SCMV): 54% auxiliares de ação educativa, 24% educadoras de infância e 22% progenitores.

Foram definidos como critérios de inclusão: pertencer à população alvo, aceitar participar no estudo, preencher o questionário antes e depois da intervenção e assistir ao workshop formativo. A faixa etária oscilou entre os 23 e 64 anos, média de 47,9 (Dp=9,46), na sua maioria (98%) do sexo feminino.

3.3. Instrumento de colheita de dados

Foi utilizado um questionário *ad hoc*, contruído com base em documentos de referência nacional e composto por duas partes: a primeira de caracterização socio-demográfica dos participantes e a segunda com questões sobre PS a crianças, de resposta dicotómica (verdadeiro ou falso).

Este instrumento, aplicado antes e depois da intervenção formativa, durante o período de 30 dias, foi disponibilizado em formato físico e digital, através do *Google Forms* e acessível na plataforma *ChildDiary* em uso na instituição; sendo estimado um tempo médio de 15 minutos para o seu preenchimento.

3.4. Procedimentos éticos e legais

Para a realização do estudo, foram salvaguardados os direitos ao anonimato, voluntariedade (consentimento informado) dos dados recolhidos e tratamento da informação; segundo as diretivas da legislação portuguesa e da União Europeia.

O projeto, integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi desenvolvido com base num protocolo de articulação entre as instituições envolvidas, pelo que foi obtido parecer favorável do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (IPV) e da SCMV; garantindo assim, a idoneidade científica e salvaguarda dos princípios éticos da autonomia, dignidade e confidencialidade.

O estudo de campo decorreu em 2021, pelo que os procedimentos logísticos, condicionados pelas contingências inerentes à pandemia de Covid19, passaram pelo recurso à plataforma informática *ChildDiary*, para divulgação do projeto junto da comunidade educativa, aplicação dos questionários e a apresentação da formação em *live streaming* (transmissão ao vivo).

A sua implementação decorreu em três fases: aplicação do questionário inicial (pré-teste); dinamização da intervenção formativa em formato de workshop (5 sessões, com duração de 90-120 minutos cada) e nova aplicação do mesmo questionário (pós-teste).

Foram utilizados recursos audiovisuais/multimédia e manequim pediátrico para demonstração de técnicas e manobras; sendo adotada uma metodologia expositiva e demonstrativa, com diálogo entre participantes e formadora.

3.5. Tratamento de dados

Após a colheita de dados, foi efetuada uma seleção e emparelhamento dos questionários, eliminando os que não cumpriram os critérios definidos.

Posteriormente, procedeu-se à sua codificação e tabulação na base de dados, seguida de tratamento estatístico, com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26,0 para Windows.

A análise dos dados obtidos foi efetuada com recurso não só à estatística descritiva, mas também à inferencial; sendo aplicados testes paramétricos: teste qui-quadrado para classificação do nível de conhecimentos e t-student para comparação de médias.

Os intervalos de confiança foram de 95% e/ou nível de significância $p < 0,05$, preconizado por Pestana e Gageiro (2014) para as ciências sociais.

4. Apresentação dos resultados

Relativamente às variáveis sociodemográficas destaca-se a prevalência do sexo feminino (98%), a maioria dos participantes (54%) eram auxiliares de ação educativa; 50% da amostra tinha 2 ou mais filhos e apenas 12% não tinha nenhum.

No que concerne à literacia em PS, 86% dos elementos referiu já ter recebido formação neste tema; porém, 84% dos cuidadores não tinha experiência prática na prestação de PS.

A classificação do nível de conhecimentos, antes e após a intervenção formativa, foi medida por grupos de corte, tendo por base percentis: ≤ 25 (conhecimentos fracos), $<25-75>$ (moderados), ≥ 75 elevados; apurando-se que a maioria dos participantes se situava no nível moderado (pré-formação: 38%; pós-formação: 40%).

Após a intervenção, a maioria dos cuidadores com mais de 50 anos divide em igual percentagem os conhecimentos moderados e elevados (20%), situando-se a maioria dos mais novos nos conhecimentos moderados (20%), contudo, o teste de qui-quadrado indica que as diferenças nos conhecimentos entre os grupos etários e nos dois momentos, não é estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Teste qui-quadrado para a classificação do nível de conhecimentos, em função do grupo etário, **antes** e **após** a intervenção formativa

Idade		<=50 anos		>50 anos		Total		p
Conhecimentos		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		(25)	(50.0)	(25)	(50.0)	(50)	(100.0)	
Antes	Fracos	10	20.0	8	16.0	18	36.0	0.094
	Moderados	6	12.0	13	26.0	19	38.0	
	Elevados	9	18.0	4	8.0	13	26.0	
Após	Fracos	8	16.0	5	10.0	13	26.0	0.542
	Moderados	10	20.0	10	20.0	20	40.0	
	Elevados	7	14.0	10	20.0	17	34.0	

No sentido de validar estes dados, foi efetuado o teste-t para diferença de médias, antes e após intervenção, em amostras emparelhadas (Tabela 2). Dos resultados, verificou-se uma melhoria do nível de conhecimentos após a intervenção, aumentando o score médio de 26,74 ($\pm 3,20$) para 29,72 ($\pm 3,70$), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Tabela 2 – Teste-t entre os conhecimentos dos cuidadores sobre primeiros socorros **antes** e **após** a intervenção formativa

Resultados teste	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)	T	df	p value
Pré-Formação	19	36	26,74	3,206	11,98	-6,68	49	<0,01
Pós-Formação	20	36	29,72	3,704	12,45			

Em função dos resultados obtidos nos testes estatísticos efetuados e respondendo à questão colocada, apuramos que a intervenção formativa teve impacto positivo e significativo nos conhecimentos dos cuidadores.

5. Discussão

A escola é considerada um contexto privilegiado para a Promoção da Saúde, não só pelo ambiente pedagógico, mas também pelas características das crianças e envolvimento da comunidade educativa (docentes, não docentes, encarregados de educação) (DGS, 2015).

Portugal integra, desde 1994, a Rede de Escolas na Europa (SHE), formando uma parceria entre a saúde e a educação. A SHE defende que:

A promoção da saúde em meio escolar, assente nos princípios da Escola Promotora da Saúde e numa metodologia por projeto, tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa. (DGS, 2015, p. 12)

Considerando estes pressupostos, foi elaborado este projeto, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela ESSV, com a finalidade de “Identificar os conhecimentos dos cuidadores de crianças sobre PS” e “Avaliar o impacto de uma intervenção formativa no seu nível de conhecimentos”.

A sua concretização foi afetada por algumas limitações, nomeadamente a necessidade de distanciamento social inerente à pandemia de Covid19, que condicionou a intervenção formativa; uma vez que limitou o treino e simulação de situações práticas.

Apesar das limitações e contingências, a análise estatística dos dados obtidos pelos questionários aplicados, revelou uma melhoria no nível de conhecimentos da amostra após a intervenção.

O instrumento de colheita de dados avaliou, não só os conhecimentos sobre PS a crianças, mas também as características sociodemográficas dos participantes no estudo, verificando-se a prevalência do sexo feminino (98%), à semelhança da maioria dos estudos nesta temática. Este achado pode estar associado a questões culturais, uma vez que a figura da mulher se encontra histórica e culturalmente mais vinculada ao cuidar de crianças (Cunha et al., 2021).

Relativamente ao papel desempenhado pelos elementos da amostra, ou seja, a sua função dentro da instituição, a maioria era auxiliar educativo (54%), o que se alinha com os dados obtidos por Brito et al. (2019), cuja amostra foi composta por 86,8% de auxiliares infantis, justificado pelo facto de que “este profissional atua junto às crianças e auxilia o professor no processo ensino-aprendizagem e no desenvolvimento de atividades recreativas, além de ser responsável pelos cuidados básicos de saúde das crianças, estando em constante contato com as crianças” (p. 8).

O papel parental dos participantes neste estudo também foi auscultado, apurando-se que a maioria (50%) tem dois ou mais filhos e apenas 12% não tem nenhum. Estes dados são semelhantes aos de outras pesquisas, nomeadamente um estudo realizado por Cunha et al. (2021) sobre “Conhecimentos de funcionários de creches sobre primeiros socorros com crianças antes e após treinamento ativo”, onde 100% da amostra era do sexo feminino e a maioria (86,6%) também era mãe.

Dos participantes na presente investigação, 86% já possuía formação prévia nesta temática, o que terá influenciado os resultados antes da intervenção formativa; onde apenas 36% dos elementos possuía fracos conhecimentos e os restantes já se encontravam no nível moderado (38%) ou elevado (26%). Ainda assim, a capacitação realizada teve resultados favoráveis nos três níveis de conhecimentos, verificando-se que o nível fraco diminuiu para 26%, o moderado aumentou para 40% e o elevado para 34%; sustentando a relevância deste projeto. Esta avaliação é partilhada por autores que realizaram trabalhos similares, nomeadamente Calandrin et al. (2017), no qual também 42,8% dos participantes já tinha recebido formação nesta área; verificando-se uma pontuação média de 2,91 pontos no conhecimento antes e 9,17 pontos após a capacitação.

Apesar da formação teórica prévia de 86% participantes, verificou-se, contudo, que 84% não tinha experiência prática de prestação de Primeiros Socorros. Diversos autores defendem que, para além dos conhecimentos teóricos, a simulação e o treino contribuem favoravelmente para a capacitação da comunidade educativa, perante situações de doença súbita ou traumatismos com crianças. Neste sentido, Cunha et al. (2021) referem que um treino simplificado em PS na infância, com a utilização de métodos ativos de aprendizagem e simulação de casos práticos, tem um impacto significativo no conhecimento de funcionários de creches, nesta temática.

Assim sendo, a intervenção formativa, apesar de dinamizada em formato *workshop*, na sua maioria sob a forma virtual em *live streaming*, foi pautada pela interação entre participantes e formador, que apresentou situações e exemplos do quotidiano; facilitando a articulação entre o saber (teoria) e o fazer (prática), de forma a sustentar e consolidar informações transmitidas.

Independentemente do formato, salienta-se a importância de proporcionar a todos os profissionais que atuam em contexto escolar, a aprendizagem teórico-prática de procedimentos simples que podem salvar vidas, tal como referem Lima et al. (2021).

6. Conclusão

O conceito de LS tem evoluído de uma definição centrada no indivíduo, para uma abordagem holística, desenvolvida ao longo do ciclo vital. A OMS tem defendido que a LS seja integrada em cenários (“settings approach”) (DGS, 2019), sendo a Escola Promotora de Saúde (EPS) considerada uma excelente estrutura para esse efeito (DGS, 2015). A escola, por ser um espaço propício à aquisição de conhecimentos, não só dos alunos, mas também dos seus cuidadores, constitui um meio ideal para investir em LS. O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) realça a importância da literacia das crianças e agentes educativos em matéria de segurança, PS e outras situações de risco (DGS, 2015).

O défice de conhecimentos dos cuidadores de crianças nesta temática, tal como o impacto positivo da intervenção formativa integrada na presente pesquisa, sustentam a pertinência deste projeto e o seu contributo na LS, na comunidade escolar.

Assim, na ausência de programas específicos de capacitação, sugere-se a dinamização de projetos de intervenção nas instituições escolares, uma vez que, ao abordar toda a comunidade educativa, é possível incluir competências de LS nos alunos, pais, docentes e não docentes em diversos temas, nomeadamente em segurança infantil (Okan et al., 2020).

Referências

Brito, J. G., Silva, I. M., Godoy, C. B., & França, A. P. S. J. M. (2019). Avaliação de treinamento sobre primeiros socorros para equipe técnica de escolas de ensino especializado. *Cogitare Enfermagem*, 24. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33321>

Calandrim, L. F., Santos, A. B., Oliveira, L. R., Massaro, L. G., Vedovato, C. A., & Boaventura, A. P. (2017). Primeiros socorros na escola: Treinamento de professores e funcionários. *Rev Rene*, 18(3), 292-299. <https://www.redalyc.org/journal/3240/324053754002/324053754002.pdf>

Casadevall, M. Q. D. F. C., Sousa, V. R. A., Miranda, E. D. S., Paula, M. V., Gonçalves, M. H. R. B., & Brasil, E. G. M. (2020). Capacitação docente para execução dos primeiros socorros em escolares. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 39751-39770. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12054>

Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, CHUC. (2020). *Literacia em saúde. Um desafio Emergente. Contributos para a mudança de comportamento*. Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Ed.). https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comunicacoes.pdf

Cunha, M. W. N., Santos, M. S., Albuquerque, D. D. T. M., Farre, A. G. M. C., & Santana, I. T. S. (2021) Conhecimentos de funcionários de creches sobre primeiros socorros com crianças antes e após treinamento ativo. *Ciênc Cuid. Saúde*, e54591-e54591. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1339616>

Direção-Geral da Saúde, DGS (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Direcção-Geral da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

Direção-Geral da Saúde, DGS (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Direcção-Geral da Saúde. <http://portaisch.azurewebsites.net/chpl/wp-content/uploads/sites/39/2019/11/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.pdf>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2020). *Infográfico INSA: Acidentes Domésticos e de Lazer*. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%e2%94%80-acidentes-domesticos-e-de-lazer/>

Lima, P. A., Oliveira, T. M. N, Moreira, A. C. M. G., Moreira, R. C., Martins, E. A. P., & Costa, A. B. (2021). Primeiros socorros como objeto de educação em saúde para profissionais de escolas municipais. *Revista de Enfermagem da UFSM* 11(10), 1-16. https://www.researchgate.net/publication/348904302_Primeiros_socorros_como_objeto_de_educacao_em_saude_para_profissionais_de_escolas_municipais

Ordem dos Enfermeiros, OE (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Okan, O., Paakkari, L., & Dadaczynski, K. (2020). *Literacia em saúde nas escolas*. <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/factsheet-2020-portuguese.pdf>

Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (6ª Ed.). Edições Sílabo

Smith, G. D. (2021). Literacia em saúde: A perspetiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (8). <https://www.proquest.com/openview/14abb4a7283d4e4cf44bd7f7d99b8b16/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2036194>

Notas biográficas:

Rosa Gonçalo é enfermeira desde 1998 (Escola Superior de Enfermagem de Viseu), Especialista e Mestre em Saúde Infantil e Pediatria desde 2022 (Escola Superior de Saúde de Viseu), membro da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica do CHTV desde 01-03-2000 até 31-01-2023, e do Serviço de Pediatria do CHTV desde 01-02-2023 até à atualidade.

Email: rosagoncalo11@gmail.com | 4552@hstviseu.min-saude.pt

Graça Aparício é Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica desde 1992 (Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca), Mestre em Ciências de Enfermagem/Pediatria (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) e Doutora em Ciências da Saúde (Universidade de Aveiro). Docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu desde 2001. Tem diversas publicações em revistas nacionais e internacionais no âmbito da Saúde da Criança e integra projetos internacionais financiados pela FCT. Integra a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

ORCID: 0000-0001-6149-062X

Email: gaparicio5@hotmail.com | mcosta@essv.ipv.pt

Elaboração e avaliação da temporada 2 do *Podcast Meu NutriGuia*: Uma contribuição ao campo do letramento em saúde

Elaboration and evaluation of season 2 of the podcast *Meu NutriGuia*: A contribution to the field of health literacy

Helena Alves de Carvalho Sampaio
Vitória Costa de Oliveira
Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos
Soraia Pinheiro Machado
Clarice Maria Araújo Chagas Vergara

Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC), Brasil

Resumo

Este estudo objetivou elaborar e avaliar a temporada 2 do Podcast Meu NutriGuia, intitulada Prazer de comer: minha alimentação é natural, como estratégia apoiada na inovação tecnológica e nos fundamentos do letramento em saúde, para promoção da adesão ao Guia Alimentar para a População Brasileira. O público-alvo principal são usuários do Sistema Único de Saúde do Brasil. É um estudo metodológico, sendo adotada a técnica de descrição e análise do processo referente ao desenvolvimento de uma ferramenta, construção da ferramenta e validação/avaliação da ferramenta. No caso a ferramenta é constituída por seis episódios de um podcast educativo onde foram seguidas as recomendações de elaboração desta ferramenta tecnológica e com conteúdo fundamentado no letramento em saúde. Os episódios enfocam a alimentação saudável considerando seu grau de processamento, incentivando a alimentação natural e promovendo a redução de alimentos processados e a exclusão de alimentos ultraprocessados. Os episódios foram gravados e editados no aplicativo Spotify for Podcasters (antigo Anchor) e foram validados por juízes especialistas (n=6) e avaliados por integrantes do público-alvo (n=31) através, respectivamente, de um formulário e um questionário, específicos para cada grupo de avaliadores. Todos os episódios foram aprovados nos dois processos de avaliação. O podcast está disponível para o público em geral em plataformas de distribuição de podcasts.

PALAVRAS-CHAVE:

letramento em saúde; podcast; Brasil; guia alimentar; processamento alimentar.

O artigo advém de parte do trabalho final da turma III do Curso de Literacia em Saúde na Prática, do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA)

Abstract

This study aimed to elaborate and evaluate the 2nd season of the Meu NutriGuia Podcast, entitled Pleasure to eat: my food is natural, as a strategy supported by technological innovation and the fundamentals of health literacy, to promote adherence to the Food Guide for the Brazilian Population. The main target audience are users of the Unified Health System in Brazil. It is a methodological study, adopting the technique of description and analysis of the process related to the development of a tool, construction of the tool and validation/evaluation of the tool. In this case, the tool consists of six episodes of an educational podcast, following the recommendations for the elaboration of this technological tool and with content based on health literacy. The episodes focus on healthy eating considering its degree of processing, encouraging natural eating and promoting the reduction of processed foods and the exclusion of ultra-processed foods. The episodes were recorded and edited on the Spotify for Podcasters application (formerly Anchor) and were validated by expert judges (n=6) and evaluated by members of the target audience (n=31) through, respectively, a form and a questionnaire, specific to each group of evaluators. All episodes were approved in both evaluation processes. The podcast is available to the general public on podcast distribution platforms.

KEYWORDS:

health literacy; podcast; Brazil; food guide; food processing.

1. Introdução

O presente estudo aborda a educação em saúde através do podcast educativo. Seu foco específico é promover a adesão às diretrizes constantes no Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014). Seu diferencial é incorporar os fundamentos do letramento em saúde neste processo educativo.

Duas pesquisas prévias de nosso grupo, o Plano AlfaNutri (Sampaio et al., 2012) e o Plano Alfa-Saúde (Sampaio et al., 2014), detectaram, respectivamente, alta proporção de letramento em saúde insatisfatório (66,7%) entre 838 usuários do Sistema Único de Saúde e inadequação da maioria dos materiais educativos escritos disponibilizados pelo Ministério da Saúde brasileiro nos quesitos demanda por anos de estudo, conteúdo, ilustrações e estímulo à aprendizagem, com percentuais que variaram de 44,7% a 70,2%.

No que tange ao Guia Alimentar para a População Brasileira, em sua versão mais atual e disponibilizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014), avaliação de Vasconcelos et al. (2018) também junto a usuários do Sistema Único de Saúde, evidenciou um material com comunicação dialógica, considerado de boa adaptação ao cotidiano pelos entrevistados. Mas estes comentaram que havia certa dificuldade de compreensão devido ao uso de palavras difíceis, ao uso de um linguajar também difícil e a alguns aspectos de forma.

Delineou-se, então, uma nova pesquisa, que está sendo financiada pelo CNPq (Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS Nº 27/2020 – Pesquisa em Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Fatores de Risco Associados), intitulada “Programa Meu NutriGuia: Letramento e Inovação em Saúde na promoção da adesão ao guia alimentar para a população brasileira como estratégia de combate à obesidade”. O projeto prevê o uso de algumas ferramentas para o incentivo ao seguimento das orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira no combate à obesidade, o podcast sendo uma delas.

Este estudo é um recorte do projeto citado e refere-se ao desenvolvimento de seis episódios de podcast que integram a temporada 2 do Podcast *Meu NutriGuia*, temporada intitulada *Prazer de comer: minha alimentação é natural*. Com estes seis episódios pretende-se ensinar a população a ter uma alimentação mais natural, usando a classificação do Guia em foco (Brasil, 2014) quanto ao grau de processamento dos alimentos. Para tanto, segundo compilação de Almeida (2021), o

estudo apoiou-se na teoria cognitiva social (pessoal comportamental, ambiental), no modelo heurístico sistemático (persuasão) e no modelo ACP (assertividade, clareza e positividade).

O estudo coincide com proposta de Paton et al. (2011), que destacam a importância de se modernizar a forma de fazer educação em saúde, utilizando tecnologias que já se expandiram em outros campos, mas que podem ser mais ampliadas no campo da saúde.

Pretende-se que o podcast seja indicado na atenção básica, complementando as ações educativas realizadas, promovendo-se, ainda, sua divulgação para utilização em outros cenários.

E por que se preocupar com foco em letramento em saúde? O foco é justificado na medida em que é reconhecida a importância do letramento em saúde como forma de se permitir o empoderamento de ações educativas pela população (Kronzer, 2016).

Trata-se de um projeto inovador, que traz o podcast como estratégia de intervenção na realidade de uma forma mais universalizada e inclusiva. Não há, no Brasil, podcasts focados na população e que levem em consideração os fundamentos do letramento em saúde. Igualmente, não há, ainda, no Brasil, podcasts cujo foco seja o Guia Alimentar para a População Brasileira.

2. O podcast fundamentado no letramento em saúde como estratégia de educação para o uso do Guia Alimentar para a População Brasileira

Neste enquadramento teórico pretende-se discutir alguns pontos pertinentes referentes ao Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), ao letramento em saúde e ao podcast educativo.

Tem sido constatado que há um aumento no consumo de produtos ultraprocessados ou industrializados, os quais influenciam de modo desfavorável a composição nutricional da dieta, levando ao aumento na ingestão de calorias, gorduras, coles-

terol e sódio, assim como à redução do consumo de proteínas e fibras alimentares (Bielemann et al., 2015).

Para intervir neste comportamento, o Ministério da Saúde brasileiro lançou, diretrizes alimentares para a população, reunidas no Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014). Esta é a segunda e mais atual versão da publicação, que enfocou a categorização dos alimentos segundo grau de processamento para facilitar o consumo de uma alimentação saudável, incentivando-se a ingestão de alimentos in natura e minimamente processados (como arroz, feijão, hortaliças e frutas), com baixo consumo de alimentos processados (como queijos e conservas de frutas) e evitando os alimentos ultraprocessados (produtos prontos para consumo). No entanto, o conceito de processamento alimentar não é facilmente compreendido, motivo pelo qual se pensa na utilização dos fundamentos do letramento em saúde em ações educativas.

A recente definição de letramento em saúde trazida pela World Health Organization (2021) refere que letramento em saúde é a capacidade de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde, destacando que tal capacidade precisa ser mediada pelas organizações de saúde.

Há instrumentos para mensurar o nível de letramento em saúde, o que permite uma avaliação mais acurada da situação da população, mas Kronzer (2016) destaca que, ao se ter uma proposta educativa baseada no letramento em saúde, é melhor assumir que a população tem insatisfatório letramento em saúde e delinear as ações a partir deste pressuposto.

Várias orientações sobre a comunicação letrada em saúde já existem e é importante que os profissionais de saúde as apliquem em seu dia a dia. Em Abrams et al. (2014) é discutida a abordagem geral da população com foco no letramento em saúde. Também em Osborne (2013), são disponibilizadas orientações para a boa comunicação em saúde. Há dois livros muito interessantes, que, juntos, trazem 100 técnicas sintetizadas e adequadas para a promoção do letramento em saúde, abrangendo a comunicação verbal, escrita e digital (Almeida et al., 2020a; Almeida et al., 2020b). Uma compilação de várias orientações para comunicação escrita foi realizada por Vasconcelos et al. (2018).

Pensando-se em comunicação digital, vem a possibilidade do uso do podcast educativo como estratégia de intervenção (Silva et al., 2015; McNamara & Drew, 2019). A inserção desta ferramenta tecnológica, pode ampliar a aprendizagem, pois permite que a ação educativa possa ser aplicada em locais e horários escolhidos pelo educando, de acordo com sua disponibilidade, e melhor ainda, quan-

tas vezes ele quiser, viabilizando múltiplas repetições de trechos mais difíceis do conteúdo disponibilizado (Goldman, 2018; Sampaio & Azevedo, 2021).

O podcast possui um endereço, o feed, e este é distribuído a locais da internet aonde possam ser ouvidos, a cada novo episódio. Feed RSS é um formato de arquivo no qual é possível adicionar informações sobre uma determinada mídia, de modo que os agregadores (distribuidores) de feed possam disponibilizar de forma automática, mediante assinatura, gratuita ou não, o conteúdo aos usuários (Silva, 2019).

A Associação Brasileira de Podcasters - ABPod (2020) estima que o número de ouvintes no Brasil esteja entre 20 e 34,6 milhões. A maioria destes preferem programas de humor, mas tem havido franco crescimento para os programas ligados à Ciência e Educação (Souza, 2016).

Jalali e El Bialy (2019), assim como Peres e Schmitz (2019), ressaltam alguns passos que devem ser seguidos para se elaborar um podcast. Os mesmos se alinham com os fundamentos do letramento em saúde. São eles:

- a) Conheça sua audiência;
- b) Escolha seu tipo de podcast cuidadosamente (áudio podcast ou vídeo podcast);
- c) Tenha o material escrito para gravar;
- d) Tenha um podcast curto e simples, para manter o ouvinte interessado. Os autores sugerem 15-20 minutos;
- e) Como equipamento são necessários apenas computador e microfone;
- f) Escolha um software de boa qualidade e salve o áudio em MP3;
- g) Garanta o som profissional, eliminando ruídos. Os autores sugerem o Audacity como opção;
- h) Mantenha sempre uma cópia dos áudios;
- i) Escolha cuidadosamente seu site de hospedagem;
- j) Registre seu domínio;
- k) Avalie seu podcast.

Ressalte-se, ainda, que para Van Kootem e Bie (2018) o script deve ser dividido em 3 partes: abertura (o que vai falar e por que), parte central (a explicação do conteúdo) e finalização (resumo e preparo para os próximos episódios).

3. Método

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, segundo Polit e Beck (2011), adotando-se a técnica de descrição e análise do processo de desenvolvimento de uma ferramenta, construção da ferramenta e validação/avaliação da ferramenta. No caso, a ferramenta é constituída por seis episódios de um podcast educativo. Foram seguidas as recomendações de elaboração desta ferramenta tecnológica, com conteúdo fundamentado no letramento em saúde e com foco na promoção da adesão às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014).

Adotou-se um modelo misto com foco no auto-cuidado. Segundo síntese e citações de vários autores, compilados por Almeida (2021), tal modelo foi apoiado no pressuposto de que novos conhecimentos podem levar a comportamentos adequados, desde que haja um processo de comunicação que leve à capacitação para ação e consequente adesão. Logicamente isso ocorre desde que haja motivação e a tecnologia pode contribuir com isso. Ainda segundo a compilação de Almeida (2021), pode-se considerar que o estudo se apoiou na teoria cognitiva social (pessoal comportamental, ambiental), no modelo heurístico sistemático (persuasão) e no modelo ACP (assertividade, clareza e positividade).

3.2. Local do estudo

O local do estudo foi determinado segundo as diferentes etapas de seu desenvolvimento. A gravação dos episódios do podcast foi realizada em domicílio por uma das autoras. A avaliação dos episódios por juízes especialistas foi realizada em local de preferência dos mesmos, mediante envio, por email, dos links para acesso aos episódios e do instrumento de avaliação. A avaliação pelo público alvo ocorreu em uma unidade de atenção primária à saúde (UAPS), integrante da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

3.3. Elaboração do podcast

Inicialmente foi determinado o conteúdo a integrar os episódios do podcast, segundo as diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014). Foram definidos os seguintes episódios:

- Episódio 1: O que são alimentos naturais?
- Episódio 2: O que são alimentos processados?
- Episódio 3: O que são alimentos ultraprocessados?
- Episódio 4: Porque eu devo diminuir os alimentos processados e tirar os ultraprocessados na minha alimentação?
- Episódio 5: Como eu faço para diminuir alimentos processados e tirar os ultraprocessados da minha alimentação?
- Episódio 6: Um resumo para você: tenha a melhor alimentação que você pode ter.

Foi utilizada a plataforma Spotify for Podcasters (antigo Anchor), de propriedade da empresa Spotify Ltd, para o desenvolvimento, hospedagem e distribuição dos episódios do podcast. Este aplicativo é gratuito e intuitivo para gravação e edição de episódios. Além disso, ele faz a distribuição automática para os agregadores, que em última instância, farão o podcast chegar ao público. Dentre os agregadores atingidos pelo aplicativo, tem-se os conhecidos Spotify, Apple Podcasts e Google Podcasts.

Foi seguido o passo a passo proposto por Jalali e El Bialy (2019), Peres e Schmitz (2019) e por Van Kooten e Bie (2018) para melhor qualidade dos episódios.

O material escrito que foi lido nos episódios foi fundamentado no letramento em saúde, quanto ao uso da voz ativa, clareza e positividade; uso de palavras simples ou explicação do significado das palavras difíceis, quando não dispensáveis; e uso de sentenças curtas (Almeida, 2020a, 2020b; Brito & Almeida, 2020; Eichner & Dullabh, 2007; Vasconcelos et al., 2018). Desta forma seguiu-se as recomendações de elaboração de materiais escritos, ainda que a estratégia educativa seja através de áudio, a fim de assegurar o uso de um texto letrado em saúde.

A gravação foi realizada diretamente no aplicativo Spotify for Podcasters. Foi avaliado resultado final e realizada edição da gravação, quando necessário.

A edição do episódio incluiu, ainda, uma vinheta e uma trilha sonora, seguindo proposta de Almeida (2020c), quanto ao uso da criatividade, artes e entretenimento como apoio à intervenção. Para tanto foi solicitado a um músico e sua equipe, a elaboração de uma vinheta e trilha sonora específica para o podcast. Os episódios gravados, ainda sem edição, foram entregues à equipe para que a vinheta e a trilha sonora pudessem ser compostas com base no conteúdo. A equipe optou por um ritmo nordestino, mas com penetração em âmbito nacional (Fernandes, 2019), que é o baião, seguido por um arrasta-pé.

De posse da vinheta e trilha sonora, as mesmas foram incluídas nos episódios. Optou-se pela inclusão da vinheta no início e da trilha sonora ao final do episódio.

A duração da vinheta é de 45 segundos e da trilha sonora é de 1:27 minutos. Com a utilização destes recursos a duração de cada episódio variou de 5:34 a 8:22 minutos.

3.4. Validação do podcast

A validação do podcast foi realizada junto a especialistas e junto ao público-alvo, respectivamente nos meses de setembro e outubro de 2021.

Como especialistas, e apoiando-se em Pasquale (2010), foram convidados seis profissionais com experiência no tema. Os critérios para escolha dos juízes foram sua experiência e qualificação na área de interesse, seguindo aspectos discutidos em revisão de Alexandre e Coluci (2011) sobre o assunto. Os critérios de inclusão foram ter o título de mestre ou doutor e ter pelo menos uma produção científica sobre o tema nos últimos cinco anos. Como produção científica foram consideradas as seguintes situações: autoria de dissertação ou tese sobre o tema; orientação de dissertação ou tese sobre o tema; autoria ou coautoria de livros ou capítulos de livros sobre o tema; autoria ou coautoria de artigo sobre o tema; responsabilidade por disciplina de pós-graduação (mestrado ou doutorado) sobre o tema. A busca foi efetuada na Plataforma Lattes. Os especialistas receberam, através de email, um link para acesso a cada podcast e o instrumento de avaliação dos episódios, além do termo de consentimento livre e esclarecido e um breve questionário de caracterização. Foi utilizado o formulário desenvolvido por Muniz et al. (2021), aceitando-se as respostas concordo totalmente e concordo para considerar apro-

vado o item avaliado. Este instrumento conta com 30 itens distribuídos em quatro atributos: conteúdo, funcionalidade, aparência e ambiente sonoro. Aceitou-se um índice de concordância entre juízes maior ou igual a 0,90 para cada atributo (Muniz et al., 2021).

Quanto à avaliação pelo público-alvo, usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro, presentes em unidades de atenção primária à saúde da cidade de Fortaleza, Ceará, para consulta, foram convidados, aleatoriamente, a participar da avaliação dos seis episódios do podcast, sendo incluídos homens e mulheres, em um total de 15 pessoas com idade de 20-35 anos e 16 pessoas com idade de 36-59 anos, a fim de se perceber alguma influência da idade na avaliação. Para participar os indivíduos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Considerando que não há instrumento brasileiro para avaliação de podcasts, os participantes avaliaram os episódios segundo instrumento desenvolvido por Alarcón e Blanca (2020), traduzido e validado, mediante autorização dos autores, para o português brasileiro (Alves et al., 2022). Este é um questionário integrado por 20 questões distribuídas em quatro atributos: acesso e uso; design e estrutura; adequação de conteúdo e importância como ferramenta de aprendizagem. O atributo acesso e uso (quatro questões) foi retirado do instrumento entregue aos participantes, pois como o podcast ainda não estava disponível para o público, os participantes receberam a gravação dos episódios para ouvir no telefone celular, na Instituição de atendimento. Também foram retiradas duas questões do atributo design e estrutura: uma que indagava sobre a capa do podcast, pois esta não foi mostrada aos participantes e outra que indagava sobre sincronização entre áudio e vídeo, pois não foi utilizado vídeo no podcast desenvolvido. Assim, o instrumento entregue ao público-alvo ficou constituído por 14 questões.

Os autores do instrumento original não definem qual o percentual mínimo para aprovação do podcast. Assim, foi utilizada proposta de Teixeira e Mota (2011) que propõem atingir índice de pelo menos 0,70 no parecer concordo ou concordo fortemente.

3.5. Aspectos éticos

O projeto foi delineado de acordo com a Resolução 466/2012 que rege pesquisas com seres humanos no Brasil e está aprovado, em sua versão mais ampla, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, CAAE 69459317.0.0000.5534. A participação de todos os convidados (especialistas e público-alvo) foi condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4. Resultados e discussão

Todos os especialistas que avaliaram os episódios eram do sexo feminino e docentes universitários. A maioria era enfermeira (66,7%), na faixa etária de 30-40 anos (66,7%) e tinha 10-20 anos de formação profissional (66,7%). Os episódios foram bem avaliados pelos especialistas, como demonstrado na Tabela 1, atingindo o índice de concordância maior ou igual a 0,90, como estabelecido.

Tabela 1. Índice de concordância entre juízes (n = 6) na avaliação da temporada 2 do *Podcast Meu NutriGuia – Prazer de comer: minha alimentação é natural* na emissão do parecer concordo totalmente ou concordo, segundo o episódio do podcast e seus atributos. Fortaleza, Brasil, 2021

Episódios do podcast	Atributos do podcast			
	Conteúdo	Funcionalidade	Aparência	Ambiente sonoro
1	1,00	0,97	0,98	0,98
2	0,98	0,97	0,98	0,95
3	0,98	0,97	0,98	0,95
4	0,96	0,92	0,98	0,91
5	0,98	0,97	0,94	0,95
6	0,98	0,97	0,98	0,90

Ressalte-se que não houve escolha das alternativas discordo ou discordo totalmente. Alguns especialistas marcaram opções de “não se aplica” ou de “nem concordo nem discordo” para alguns itens, sem influência na avaliação global.

Observa-se que o episódio com menor pontuação foi o quarto, quanto à funcionalidade e ambiente sonoro, seguido pelo sexto, quanto ao ambiente sonoro. A alternativa que impactou na menor pontuação foi “não se aplica”.

Portanto, em termos de validação de conteúdo, o podcast pode ser considerado validado em sua proposta. O público-alvo também avaliou favoravelmente todos os seis episódios, conforme apontado nas Tabelas 2 e 3.

Os índices foram muito semelhantes entre os dois grupos, dispensando avaliação estatística. Embora tais índices tenham tido leve variação, pode-se afirmar que os 6 episódios foram similares quanto à sua apreciação pelo público-alvo.

Tabela 2. Índice de concordância do público-alvo (homens e mulheres de 20-35 anos de idade; n = 15) na avaliação da temporada 2 do *Podcast Meu NutriGuia – Prazer de comer: minha alimentação é natural* relativo à emissão do parecer concordo totalmente ou concordo, segundo o episódio do podcast e seus atributos. Fortaleza, Brasil, 2021

Episódios	Design e estrutura	Adequação de conteúdo	Importância como ferramenta de aprendizagem	Média geral
1	0,91	0,98	0,97	0,95
2	0,89	1,00	0,97	0,95
3	0,93	1,00	0,98	0,97
4	0,93	0,98	0,97	0,96
5	0,91	1,00	0,95	0,95
6	0,96	0,98	0,97	0,97

Tabela 3. Índice de concordância do público-alvo (homens e mulheres de 36-59 anos de idade; n = 16) na avaliação da temporada 2 do *Podcast Meu NutriGuia – Prazer de comer: minha alimentação é natural* relativo à emissão do parecer concordo totalmente ou concordo, segundo o episódio do podcast e seus atributos. Fortaleza, Brasil, 2021

Episódios	Design e estrutura	Adequação de conteúdo	Importância como ferramenta de aprendizagem	Média geral
1	0,98	1	1	0,99
2	0,98	1	1	0,99
3	0,96	1	1	0,99
4	0,96	1	1	0,99
5	0,98	1	1	0,99
6	0,98	1	1	0,99

O estudo é pioneiro em utilizar podcast fundamentado no letramento em saúde para educação em saúde da população. Não se pode comparar nossos achados, pois não se encontrou estudo similar na literatura, em relação à abordagem de alimentação saudável através de podcast fundamentado no letramento em saúde.

Por outro lado, embora em outro contexto, vale comentar estudo recente de Leite et al. (2022), que desenvolveram e validaram um podcast educativo destinado a adolescentes, sobre educação em saúde sexual e reprodutiva, intitulado Coisa de Adolescente. Os autores também encontraram bons resultados, sugerindo o uso desta tecnologia por profissionais de saúde, bem como uso autônomo por adolescentes.

Também é interessante comentar discussão apresentada por Osborne (2020), que destaca alguns podcasts gravados por ela em seu podcast *Health literacy out loud*. A autora tem episódios desenvolvidos sob a forma de entrevistas e, como ela mesma refere, é um podcast educativo. Nas entrevistas apresentadas na publicação, os convidados destacam a dificuldade de compreensão de informações em saúde por parte da população e a importância de métodos diversificados de comunicação, aí citando as ferramentas tecnológicas, sempre optando-se pelo uso da linguagem simples. Realmente, este é um dos fundamentos do letramento em saúde, o qual foi seguido em todos os seis episódios aqui avaliados.

Uma outra abordagem de Osborne (2020), é em relação à comunicação sobre alimentação, onde sua entrevistada discute a dificuldade de compreensão das diretrizes americanas para uma alimentação saudável, no caso discutindo o My Plate, pois nem todas as pessoas conseguem traduzir estas diretrizes para a sua realidade. É o caso do conteúdo do Guia Alimentar para a População Brasileira, com suas recomendações pautadas no grau de processamento dos alimentos, que é de difícil aplicação prática, caso não se estabeleça um bom processo comunicativo na sua explicação.

As diretrizes para cuidado nutricional de pessoas com excesso de peso da Academy of Nutrition and Dietetics (Morgan-Bathke et al., 2023) destacam, em seu Nutrition Care Process Model, a importância do cuidado centrado na pessoa. As revisões da organização para elaboração das diretrizes apontaram que o atendimento remoto, via telemedicina, pode ter tanto êxito quanto o atendimento presencial, sendo importante o número de contatos entre o profissional de saúde e o paciente. O podcast é uma mídia de contato remoto, embora não propicie a visão do profissional pelo paciente. Ao mesmo tempo, seu conteúdo não é individualizado. Mesmo assim, o podcast aqui desenvolvido se adequa a qualquer situação onde uma alimentação equilibrada é recomendada. O podcast pode se constituir em valiosa atividade complementar à ação habitual do profissional de saúde, de certa forma propiciando mais contatos, ainda que remotos, e permitindo que o paciente possa interrelacionar o conteúdo das consultas presenciais com a abordagem presente nos episódios, abordagem esta que pode ser acessada

repetidas vezes. O avanço das plataformas de distribuição, como o Spotify, já permite enquetes e participação do ouvinte com dúvidas, experiências e questionamentos, os quais podem ser respondidos ou comentados no episódio seguinte. A comunicação em saúde através de podcasts está em amplo crescimento no mundo todo, principalmente a partir da pandemia da Covid-19 e o isolamento social consequente (Camacho et al., 2022). No caso do Brasil, dados recentes o apontam como o terceiro País que mais ouve podcast no mundo, superando 30 milhões de usuários (Telexa, 2022). O brasileiro gosta de entrevistas, narrativas, mesas redondas, reportagens e resumos do dia (Telexa, 2022), o que mostra que o formato do podcast aqui avaliado atende a esta preferência, pois foi adotada a narrativa, mediante gravação por uma pessoa.

Vislumbra-se que o crescimento observado para podcasts em geral também se dará no âmbito do podcast educativo, com foco na saúde e direcionado à população.

5. Conclusão

Conseguiu-se atender ao objetivo de elaborar e validar uma estratégia apoiada na inovação tecnológica e nos fundamentos do letramento em saúde, para promoção da adesão ao Guia Alimentar para a População Brasileira. A estratégia é um podcast, integrado por seis episódios, o *Podcast Meu NutriGuia – Prazer de comer: minha alimentação é natural*.

Todos os episódios foram aprovados por especialistas e pelo público-alvo, e o podcast já está disponibilizado nos agregadores, como Spotify, Apple Podcasts, Google Podcasts, Breaker, RadioPublic e Pocket Casts. Basta procurar pelo nome Meu NutriGuia e, uma vez encontrado, ouvir os episódios da temporada 2.

O público-alvo inicial do podcast é constituído por usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro. No entanto, toda a população adulta pode ouvir e aprender o conteúdo existente em todos os seis episódios, pois o fato de ser uma estratégia fundamentada no letramento em saúde permite o empoderamento das informações por diferentes públicos. De forma indireta, crianças e adolescentes também podem se beneficiar, através de seus pais e familiares. Desta forma, a ferramenta tem potencial para larga abrangência.

Referências

- Abrams, M. A., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A., & Savage, B. (2014). *Building health literate organizations: A guidebook to achieving organizational change*. [https://www.unitypoint.org/filesimages/Literacy/Health %20Literacy%20Guidebook .pdf](https://www.unitypoint.org/filesimages/Literacy/Health%20Literacy%20Guidebook.pdf)
- Alarcón, R., & Blanca, M. J. (2020). Development and psychometric properties of the *questionnaire for assessing educational podcasts (QAEP)*. *Frontiers in psychology, 11*, 579454. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579454>.
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011) Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva, 11(7)*, 3061-3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
- Almeida, C. V. (2021). *Modelos teóricos que sustentam a literacia em saúde; Estudos sobre caso reais em literacia em saúde; Intervenções eficazes*. [Arquivo formato pdf de apoio à disciplina Literacia em Saúde: Base Conceptual, Modelos e Avaliação, lecionada no ISPA, Curso Literacia em Saúde na Prática: Modelos, Estratégias e Intervenção].
- Almeida, C.V., Moraes, K.L., & Brasil, V.V. (Coords.) (2020a). *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde*. Mauritius: Novas Edições Académicas.
- Almeida, C.V., Moraes, K.L., & Brasil, V.V. (Coords.) (2020b). *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde*. Volume II. Novas Edições Académicas.
- Almeida, C.V. (2020a). Clareza de Linguagem. In C. V. Almeida, K.L. Moraes & V.V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 36-37). Novas Edições Académicas.
- Almeida, C. V. (2020b). Positividade. In C.V. Almeida, K.L. Moraes & V.V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 81-82). Novas Edições Académicas.

Almeida, C.V. (2020c). Criatividade, arte e entretenimento para melhor memorização no processo de literacia em saúde do paciente. In C. V. Almeida, K.L. Moraes & V.V. Brasil (Coords.). 50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde. Vol. II (pp. 51-53). Novas Edições Académicas.

Alves, P.C., Araújo, N.M.S., Cabral, L.A., & Sampaio, H.A.C. (2022). Tradução, adaptação e validação do Questionnaire for Assessing Educational Podcasts (QAEP) para o português brasileiro. *Anais da XXVII Semana Universitária da UECE, Encontro de pesquisadores*. <https://semanauniversitaria.uece.br/anais/inicioSistema.jsf?ano=2022&titulo=XXVII%2BSemana%2BUniversit%25C3%25A1ria&id=17>. Localizador: 533587738-RES21102022-193150 (4).pdf

Bielemann, R.M., Motta, J.V. S., Minten, G.C., Horta, B.L., & Gigante, D.P. (2015). Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Revista de Saúde Pública*, 49(28),1-10. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005572>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Guia alimentar para a população brasileira* (2.^a ed.). Ministério da Saúde.

Brito, D., & Almeida, C.V. (2020). Folhetos, cartazes & sinalética. In C.V. Almeida, K.L. Moraes & V.V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 54-55). Novas Edições Académicas.

Camacho, A. C. L. F., Ferraz, V. H. G., Silva, J. O. N., Barroso, S. A., & Souza, V. M. F. (2022). Podcast como tecnologia educacional para idosos e seus cuidadores: relato de experiência. *Research, Society and Development*, 11(1), e58111125361. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25361>.

Eichner, J., & Dullabh, P. (2007). *Accessible health information technology (Health IT) for populations with limited literacy: A guide for developers and purchasers of health IT*. AHRQ Publication No. 08-0010-EF. Agency for Healthcare Research and Quality.

Fernandes, R. (2019). *Baião: Gênero musical é referência na cultura nordestina*. <https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/artes/baiao>

Jalali, A., & El Bialy, S. (2019). Podcasting 101: top tips on educational podcasting. *Education in Medicine Journal*, 11(2), 43-47. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.5>.

Morgan-Bathke, M., Raynor, H. A., Baxter, S. D., Halliday, T. M., Lynch, A., Malik, N., Garay, J. L., & Rozga, M. (2023). Medical nutrition therapy interventions provided by dietitians for adult overweight and obesity management: An Academy of Nutrition and Dietetics evidence-based practice guideline. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 123(3), 520–545.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.11.014>

Kronzer, V. L. (2016). Screening for health literacy is not the answer. *BMJ (Clinical research ed.)*, 354, i3699. <https://doi.org/10.1136/bmj.i3699>

Leite, P. L., Torres, F. A. F., Pereira, L. M., Bezerra, A. M., Machado, L. D. S., & Silva, M. R. F. (2022). Construção e validação de podcast para educação em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 30, e3706. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6263.3706>.

McNamara, S., & Drew, C. (2019). Concept analysis of the theories used to develop educational podcasts. *Educational Media International*, 56(4), 1-13. <https://doi.org/10.1080/09523987.2019.1681107>.

Muniz, R. A. A., Lamb, P. P., Roges, A. L., Araújo, E. C., Vasconcelos, E. M. R., & Muniz, V. C. A. (2021). Construção e validação de podcast com conteúdo educacional em saúde com participação ativa de acadêmicos de enfermagem. *Research Society and Development*, 10(3), e49410313646. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13646>.

Osborne, H. (2013). *Health literacy from A to Z: Pratical ways to communicate your health message* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.

Osborne H. (2020). Health literacy out loud podcasts: audio interviews about health literacy, health communication, and health from many points of view. *Studies in health technology and informatics*, 269, 161–169. <https://doi.org/10.3233/SHTI200030>

Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Artmed.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2011) Delineamento de pesquisa em enfermagem. In: Polit, D.F., & Beck, C.T. (Eds). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem* (pp. 247-368). Artmed.

Paton, C., Bamidis, P., Eysenbach, G., Hansen, M, M., & Cabrer, M. (2011). Experience in the use of social media in medical and health education. *Nursing and Health Professions Faculty Research*. Paper 6. https://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=nursing_fac

Peres, J., & Schmitz, E. (2019). *Guia para produzir e lançar um Podcast*. Escola do Podcast. <https://escoladopodcast.com/wp-content/uploads/2019/12/E-book-EDP.pdf>

Sampaio, H.A.C., Sabry, M.O.D., Passamai, M.P.B., Soares, N.T., Bezerra, J.A.B., & Pinto, F.J.M. (2012). *Plano Alfanutri: Um novo paradigma nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas* [Relatório Técnico Final]. Fortaleza. <http://docplayer.com.br/19648739-Universidade-estadual-do-ceara-centro-de-ciencias-da-saude-curso-de-nutricao-grupo-de-pesquisa-nutricao-e-doencas-cronico-degenerativas.html>

Sampaio, H. A. C., Passamai, M. P. B., Soares, N. T., Varela, S. B. L., Arruda, S. P. M., Parente, N. A., ... & Pinheiro, D. G. (2014). *Plano Alfa-Saúde: Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS*. [Relatório Técnico Final]. Fortaleza. <http://www.uece.br/nutrindowp/wp-content/uploads/sites/82/2021/07/PPSUS-Rede-Relat%C3%B3rio-Final-2012-2014-vers%C3%A3o-sem-anexos-e-ap%C3%AAndices.pdf>

Sampaio, H. A. C., & Azevedo, R. M. (2021). *Podcast como estratégia educativa*. In M. S. B. Jorge, C. M. A. C. Vergara, H. A. C. Sampaio & T. M. M. Moreira (Orgs). *Tecnologias e-Health em gestão em saúde: Fundamentos para seu desenvolvimento e avaliação*. CRV.

Silva, A. C., Lima, A. L. D. S., Santos, R. M., Boente, A. N. P., Barros, A. M. A., & Silva, V. M. F. (2015). O podcast como objeto de Aprendizagem - Interações em sala de aula: Um estudo de caso. *Nuevas Ideas en Informática Educativa (TISE 2015)*, 11, 672-677. <http://www.tise.cl/volumen11/TISE2015/672-677.pdf>

Silva, M. S. (2019). *O uso do podcast como recurso de aprendizagem no ensino superior* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Vale Do Taquari – Univates Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Em Ensino. <http://hdl.handle.net/10737/2533>

Souza, R.F. (2016). *Usos e possibilidades do Podcast no Ensino de História* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Instituto de História, Programa de Pós-Graduação em Ensino de História). <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/174622>.

Teixeira, E., & Mota, V. M. S. S. (2011). *Educação em Saúde: Tecnologias educacionais em foco*. Difusão Editora.

Telexa, L. (2022). *O consumo de podcasts no Brasil*. <https://midia.market/conteudos/consumo/consumo-de-podcasts-no-brasil/>.

Van Kooten, J, & Bie, T. (2018). *How to make an educational podcast? Tips and tricks for your first educational podcast*. https://media-and-learning.eu/files/2021/07/Handout-how-to-make-an-educational-podcast_CFI2018.pdf

Vasconcelos, C.M.C.S, Sampaio, H.A.C., & Vergara, C.M.A.C. (2018). *Materiais educativos para prevenção e controle de doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento em saúde*. CRV.

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. World Health Organization.

Notas biográficas:

Helena Alves de Carvalho Sampaio é Nutricionista, Mestre em Educação, Doutora em Farmacologia, Especialista em Literacia em Saúde na Prática, Métodos, Estratégias e Intervenção. Professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE), membro do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da UECE, respondendo pelas disciplinas Nutrição e Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Letramento em Saúde. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da UECE, respondendo pela disciplina Gestão da Clínica em Saúde e Estratégias de Letramento em Saúde. Líder do grupo de pesquisa Letramento em Saúde, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas. Integrante da International Health Literacy Association (IHLA), da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) e da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS).

ORCID: 0000-0001-5353-8259

Email: dr.hard2@gmail.com

Vitória Costa de Oliveira é Nutricionista, Pós-Graduada em Nutrição Clínica e Funcional, Integrante do grupo de pesquisa Letramento em Saúde, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas.

ORCID: 0000-0002-9878-1583

Email: vitoriastadeoliveira@gmail.com

Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos é Nutricionista, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Saúde Coletiva Pós-graduada em Comportamento Alimentar. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará (UECE) no curso de Nutrição e professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde (PPGNS). Possui experiência na área de Nutrição, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas, atenção primária, segurança alimentar e nutricional, letramento em saúde e comportamento alimentar. Coordena o Grupo de Estudo Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (GPSAN). Conselheira do Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) do Ceará, gestão 2023-2025. Membro do Grupo de Pesquisa Letramento em Saúde, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas e Grupo Multidisciplinar de Políticas e Intervenção em Saúde e Nutrição.

ORCID: 0000-0002-3395-6143.

Email: claudia.vasconcelos@uece.br

Soraia Pinheiro Machado é Nutricionista, Mestre em Saúde Pública, Doutora em Saúde Coletiva, Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará e docente permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Nutrição e Saúde da mesma universidade. Membro do Grupo de Pesquisa Letramento em Saúde, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas.

ORCID: 0000-0002-3918-4738

Email: soraia.arruda@uece.br

Clarice Maria Araújo Chagas Vergara é Nutricionista, Mestre em Tecnologia de Alimentos, Doutora em Biotecnologia, Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará (UECE), do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde (PPGNS) e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde (MEPGES) da mesma universidade. Professora do Curso de Especialização em Gestão da Qualidade em Serviços de Alimentação da UECE. Coordenadora do Grupo de Estudos em Alimentação Coletiva (GEAC) - UECE. Integrante do grupo de pesquisa Letramento em Saúde, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas. Consultora do Programa Alimentos Seguros do SENAC/CE (desde 2006).

ORCID: 0000-0003-1709-9951

Email: clarice.araujo@uece.br

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.

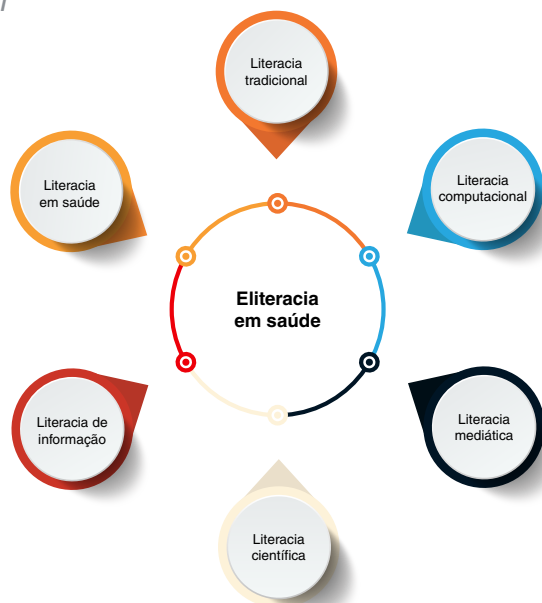
Atende-se aos seguintes objetivos: (1) apurar o nível de eliteracia em saúde cardiovascular nos residentes do concelho de Lisboa, segundo a escala eHEALS; e (2) caracterizar a eliteracia em saúde cardiovascular de residentes do concelho de Lisboa, tendo em conta o nível de escolaridade.

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

Q1	Eu sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet
Q2	Eu sei como usar a internet para responder às minhas questões de saúde
Q3	Eu sei que recursos relacionados com a saúde estão disponíveis na internet
Q4	Eu sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet
Q5	Eu sei como utilizar a informação sobre saúde que encontro na internet
Q6	Eu tenho as competências necessárias para avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet
Q7	Eu sei distinguir recursos sobre saúde de alta qualidade e baixa qualidade que encontro na internet
Q8	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 telerreabilitação 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.

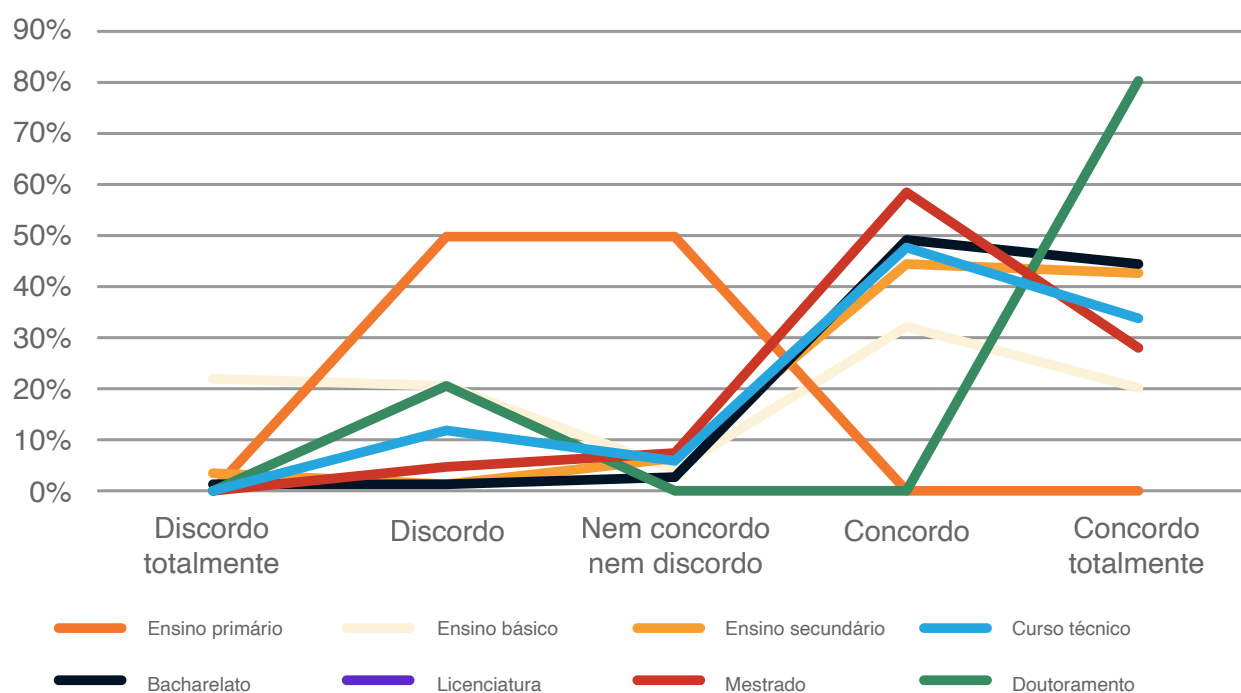
Tal como na anterior, a afirmação – “eu tenho as competências necessárias para avaliar os recursos sobre a saúde cardiovascular que encontro na internet” – conta com 5,3% das respostas (21) em *discordo totalmente*. Além disso, regista 43,0% das respostas em *concordo* (172) e 37,3% (149) em *concordo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

A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: Um instrumento facilitador à adesão do medicamento

The importance of health literacy in managing the therapeutic regimen: An instrument to facilitate medication adherence

Sandra Laia Esteves

Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

Resumo

A Gestão do Regime Terapêutico (GRT) é um tipo de comportamento de adesão à toma da medicação. Os utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde (LS), nomeadamente a população idosa, não possuem habilidades necessárias para entender e tomar decisões sobre cuidados de saúde ou seguir instruções acerca do uso do medicamento. A implementação de estratégias educativas favorece a capacitação do utente no acesso, compreensão e aplicação de informação nas tomadas de decisão a uma adequada adesão terapêutica. Com este estudo, pretendeu-se caracterizar a relação entre a evidência científica da GRT e as perceções e dificuldades que os utentes possuem em contexto real e apurar quais as estratégias que usam para gerir a sua medicação. Conduziu-se uma revisão sistemática e integrativa da literatura e um estudo exploratório descritivo com uma amostra não probabilística, por conveniência. Também se elaborou e aplicou um Instrumento Facilitador à Adesão do Medicamento. Constatou-se que os utentes com baixos níveis de LS têm maior probabilidade de interpretar erroneamente rótulos do medicamento, comprometendo a sua segurança. O uso correto de informação acerca do medicamento promove maiores níveis de LS: adesão, capacitação dos utentes a uma adequada e segura GRT.

PALAVRAS-CHAVE:

Literacia em Saúde, Comunicar em Saúde, Capacitação e Gestão do regime terapêutico.

Abstract

Therapeutic Regimen Management (TRM) is a type of medication adherence behavior. Users with low levels of Health Literacy (HL), namely the elderly population, lack the necessary skills to understand and make health care decisions or follow instructions about medication use. The implementation of educational strategies favors the empowerment of the user in accessing, understanding and applying information in decision making, to adequate therapeutic adherence.

This study aimed to characterize the relationship between scientific evidence of TRM and the perceptions and difficulties that users have in a real context and to know what strategies they use to manage their medication. A systematic and integrative literature review and an exploratory descriptive study to a non-probabilistic sample, by convenience, were conducted. A Medication Adherence Facilitator Tool is developed and applied. It was found that users with low levels of HL are more likely to misinterpret medication labels, compromising their safety. The correct use of information about the medication promotes higher levels of HL: adherence, empowerment of users to an appropriate and safe TRM.

KEYWORDS:

Health Literacy, Communicating in Health, Empowerment and therapeutic regimen management.

1. Introdução

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que tem vindo a ser observado em todo o mundo, particularmente na Europa. A idade avançada, apesar de não ser considerada uma doença, contribui bastante para o consumo de cuidados de saúde. É evidente que a população idosa, dado ao declínio cognitivo e autonomia física, não possui habilidades necessárias para entender e tomar decisões sobre os cuidados de saúde ou seguir instruções acerca do uso do medicamento, particularmente quando polimedicados. Os utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde (LS) revelam enormes dificuldades em compreender o uso do medicamento (como a indicação terapêutica e posologia) o que pode indiciar a troca de medicação, aumento de erros na toma e dosagem. O aumento do número de fármacos prescritos, o défice na autonomia física e cognitiva conduzem a um aumento da não-adesão ao tratamento (WHO, 2003).

A temática escolhida teve por base o interesse pessoal e relevância para a intervenção dos Profissionais na sua prática, enquanto prestadores de cuidados e agentes de mudança que facilitem aos utentes gerir a sua medicação, de forma acessível e segura.

Em contexto clínico, quando se questionam os utentes relativamente ao modo como tomam a sua terapêutica, são raros os que compreendem para que serve a medicação e quando a devem tomar.

Nesse sentido, propõe-se a seguinte questão: de que forma a Literacia em Saúde (LS) pode influenciar a Gestão do Regime Terapêutico (GRT) medicamentoso?

Como objetivo geral, assume-se conhecer as perceções e dificuldades que os utentes possuem acerca da GRT e as estratégias que usam para gerir a sua medicação (indicação terapêutica e posologia). Como finalidade estabelece-se elaborar uma proposta de um IFAM que integra um Guia Terapêutico e uma Etiqueta do Medicamento Orientadora (EMO), a fim de facilitar a adesão à GRT dos utentes. Assume-se que um guia orientador contribuirá para o conhecimento acerca do tipo de terapêutica que os utentes fazem e quando a devem fazer.

Para a concretização do referido guia, recorreu-se a uma vasta revisão sistemática da literatura em bases de dados científicas, como MEDLINE, PUBMED, EBS-CO no horizonte temporal entre 2011 e 2018, utilizando os seguintes descritores: Literacia em Saúde, Comunicar em Saúde, Capacitação, Gestão do Regime Terapêutico.

2. Enquadramento teórico

2.1. Literacia em saúde

Sorensen et al. (2012) defendem que a LS está relacionada com a capacidade do indivíduo em compreender que fatores influenciam a sua saúde e como os gerir. Para Ávila et al. (2015), a LS é entendida como um conjunto de competências sociais que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação num contexto ambiental e tomar decisões para melhorar a sua saúde. Possibilita a promoção de mudança de comportamento que permite reequacionar e/ou reestruturar a prática do quotidiano que conduz à melhoria da saúde. Trata-se de um constructo multidimensional que envolve várias áreas a nível biopsicossocial, no qual o conhecimento, capacitação, motivação e decisões são importantes, ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. Segundo o Institute of Medicine (IOM), a LS refere-se à capacidade das pessoas em entender e gerir informação sobre saúde (Wynia & Osborn, 2010).

Num estudo realizado em Portugal, a uma amostra de utentes do concelho de Lisboa, Ávila et al. (2012) pretenderam avaliar o conhecimento que os indivíduos possuem sobre o medicamento e a LS. Os autores concluíram que este conhecimento é influenciado de forma positiva por quem possui competências de LS.

A evidência científica revela que os indivíduos com limitações em LS, comparativamente com aqueles que detêm competências adequadas nesta literacia, apresentam dificuldade em entender informação sobre saúde e seguir instruções médicas, raramente utilizam serviços de saúde ou fazem-no de forma inapropriada

(recorrem mais às urgências), têm uma pior saúde física e mental, têm maiores taxas de internamento e uma esperança média de vida limitada, cometem mais erros ao tomar medicamentos, recebem menos serviços preventivos e têm custos de saúde mais elevados (Colorado Health Outcomes Program [CHOP], 2015).

As estratégias utilizadas para ultrapassar uma limitada LS incluem: utilizar linguagem clara, usar material para educação para a saúde acessível, dar formação a profissionais de saúde acerca dos problemas na LS e usar técnicas de melhoria da comunicação com os utentes (Wynia & Osborn, 2010).

Como o CHOP (2015) enuncia, um indivíduo com LS possui a capacidade de usar a leitura, a escrita e competências numéricas e verbais no contexto da saúde. A aquisição de LS depende, contudo, da complexidade da informação sobre saúde fornecida aos utentes. As principais precauções universais de LS incidem nos seguintes objetivos: simplificar a comunicação e confirmar a compreensão de todos os utentes, para que o risco de comunicação disfuncional seja minimizado; tornar o ambiente dos cuidados acessível e apoiar os esforços dos utentes em melhorar a sua saúde (CHOP, 2015).

A aquisição de adequados níveis de LS visa ainda um longo e complexo percurso a concretizar, no entanto cabe aos Profissionais de Saúde (PS) agir como agentes de mudança a proporcionar estratégias adequadas de Comunicação que promovam aumento dos níveis de LS na população.

2.2. Comunicar em saúde

Para Nunes (2010), *comunicar* é “um processo dinâmico, complexo e permanente, através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos pelos outros” (p. 13). A comunicação é considerada um dos principais alicerces dos cuidados em saúde. Todas as interações nos serviços de saúde dependem de uma comunicação efetiva, desde marcar uma consulta, descrever sintomas, explicar riscos e benefícios dos tratamentos e entender instruções de cuidados, nomeadamente a GRT. Uma boa comunicação está relacionada com o aumento da satisfação do utente, adesão a recomendações médicas e com resultados em saúde (Wynia & Osborn, 2010).

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017) realça que a comunicação na saúde requer conhecimento, competência e empatia. Assim, o PS deve saber quando fa-

lar, o que dizer e como dizer. Apesar de a comunicação ser utilizada diariamente durante a prestação de cuidados de saúde, exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos PS.

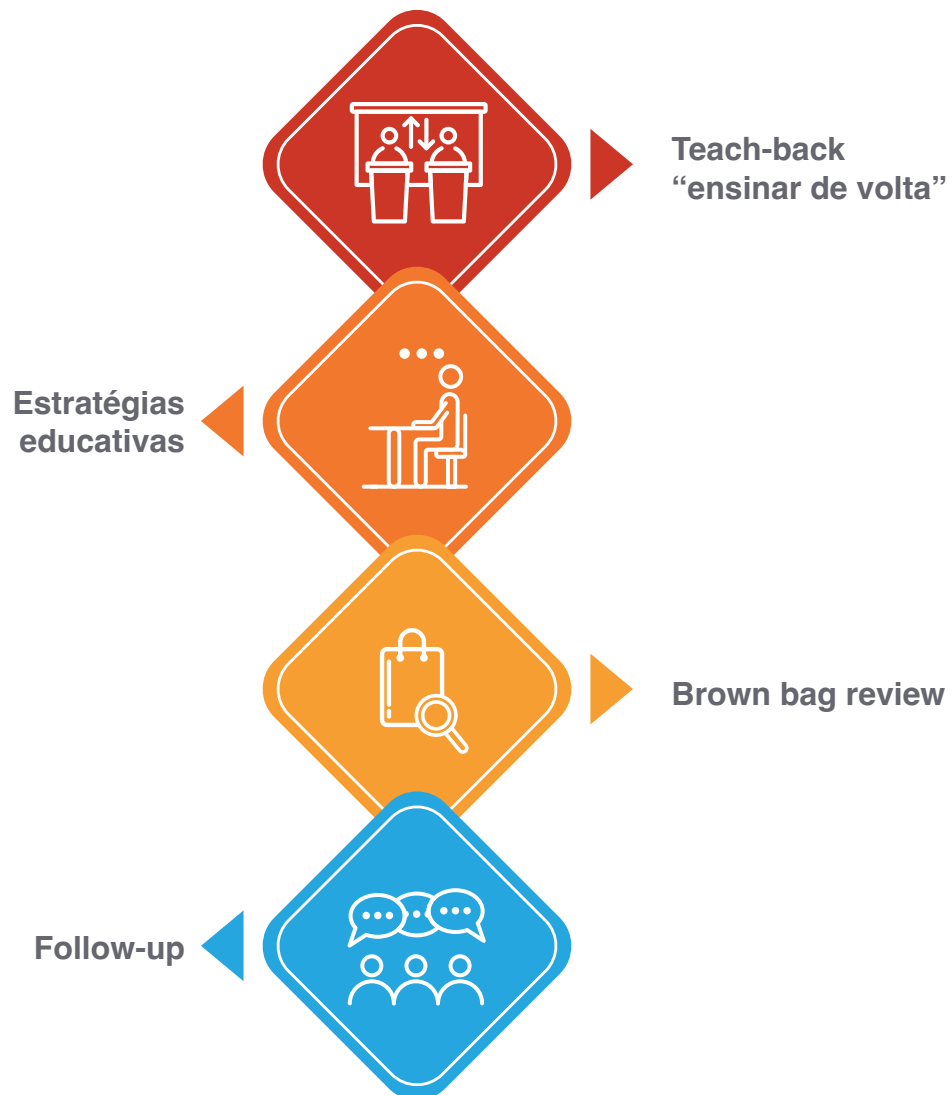
CHOP (2015) defende que é fulcral a existência de uma equipa que desenvolva esforços para que a comunicação nos cuidados de saúde seja clara e acessível. A aplicação de estratégias facilitadoras de comunicação ajudará os utentes a compreenderem informação relacionada com a sua saúde, o que permite que estes se sintam mais envolvidos no seu processo de saúde, aumentando as hipóteses de continuar o seu plano de tratamento.

Realça-se a importância de instituir e implementar diversas estratégias que promovam a segurança na comunicação de forma clara e efetiva na relação que o PS estabelece com o utente, nomeadamente: cumprimentar os utentes de forma cordial ao receber as pessoas com um sorriso de boas vindas e ao manter uma atitude amigável ao longo da consulta; estabelecer um contacto visual apropriado durante a interação, tendo em consideração as culturas, costumes e crenças; escutar atentamente e tentar não interromper os utentes enquanto falam; prestar atenção e responder às dúvidas e questões colocadas, usar linguagem simples, utilizando palavras comuns que poderiam ser usadas para explicar informação médica aos amigos e à família, e evitar o uso de jargão técnico (CHOP, 2015).

A existência de uma comunicação funcional na relação entre PS e utente otimiza os resultados de saúde, quer do utente, quer dos sistemas de saúde. Num estudo recente verificou-se que o PS, ao possuir competências comunicacionais baseadas no Modelo ACP: assertividade, clareza e positividade (Vaz de Almeida, 2016), influenciará o interlocutor a tomar decisões e gerir a sua própria saúde de forma adequada e mais consciente, nomeadamente melhorar a adesão terapêutica (promove melhor entendimento das instruções cedidas pelo PS) no que diz respeito ao acesso, à compreensão, à interpretação e ao uso da informação. Os PS, que participaram neste estudo, apontaram a assertividade como um comportamento ativo, a capacidade de escuta ativa e falar abertamente com o doente; a clareza associada ao uso de linguagem simples; e a positividade como uma orientação para um comportamento positivo do doente (Belim & Vaz de Almeida, 2018).

O uso de técnicas de melhoria da comunicação (CHOP, 2015), nomeadamente o método *teach-back*, o fornecimento de informação escrita “folhetos”, *brown bag review* e *follow-up*, é fulcral na relação interpessoal entre PS e utente, propício à existência de uma comunicação funcional (Figura 1).

Figura 1. Técnicas de melhoria de comunicação



Fonte: Baseado em CHOP, 2015.

Os PS podem e devem ajustar a sua comunicação aos utentes que possuem uma limitada LS. Salieta-se que a existência de uma comunicação eficaz e funcional do PS com o utente contribuirá para uma melhor adesão e mudanças comportamentais em prol da sua saúde e da sua segurança.

2.3. Gestão do regime terapêutico

A World Health Organization ([WHO], 2003) define *adesão ao regime terapêutico* como o grau ou extensão do comportamento da pessoa face à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, que corresponde às diretrizes veiculadas pelo PS. Em suma, traduz-se numa relação de colaboração entre o PS e o utente na tomada de decisões sobre o tratamento.

A GRT é considerada um tipo de comportamento de adesão, que consiste em: “executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2000).

Na prática clínica é comum a GRT tornar-se um processo árduo, principalmente quando envolve uma faixa etária mais avançada. Almeida e Santos (2010) afirmam que, com o envelhecimento, existe um maior risco por parte dos idosos na administração da medicação devido à frequente polimedicação a que são sujeitos. No entanto, a resposta ao fármaco está também condicionada a outros fatores, como a idade, o peso, o sexo, a hora do dia da toma, dificuldades como a compreensão das indicações ou com a deglutição da terapêutica (comprimidos), levando muitas vezes ao abandono da terapêutica instituída. A estas dificuldades, acrescem muitas vezes a pouca confiança na eficácia do fármaco ou o receio pelos efeitos adversos, pelo que é fundamental a supervisão na administração dos medicamentos (Almeida & Santos, 2010). É importante conhecer os fatores que influenciam a adesão à GRT, de forma a poderem-se delinear estratégias que promovam a adesão, quer a nível educacional, quer a nível comportamental, ou ambas (WHO, 2003).

2.3.1 Fatores que comprometem a adesão à Gestão do Regime Terapêutico

A WHO (2003) defende que a adesão à GRT é influenciada e pode ser comprometida por multifatores sociais, económicos, culturais, com os profissionais e serviços de saúde, com o regime terapêutico, com a patologia de base e as comorbidades associadas, e ainda a fatores pessoais, como podemos verificar no Quadro 1.

Quadro 1. Fatores que comprometem a adesão à GRT

Analfabetismo (baixo nível educacional)

Desemprego

Baixo estatuto socioeconómico

Longas distâncias dos serviços de saúde

Elevado custo de medicação ou transportes (deslocações)

Caraterísticas da doença (complexidade, sintomatologia)

Comprometimento de aspetos cognitivos; Incapacidade física para GRT

Comunicação complexa (uso de jargão técnico) da parte do PS com os utentes/ cuidadores

Esquemas terapêuticos complexos (polimedicação): duração do tratamento

Fonte: Baseado em World Health Organization (2003).

O declínio cognitivo e as alterações neuro-sensoriais (hipoacusia e défice visual) tornam mais complexa e difícil a adesão ao regime terapêutico, assim como a correta utilização da medicação. O uso de linguagem técnica por parte dos Profissionais de Saúde (PS) também origina dificuldade na compreensão por parte dos utentes (WHO, 2003).

A WHO (2003) afirma que estes fatores influenciarão e comprometerão uma adequada adesão à GRT por dificuldade em iniciar o tratamento. Geralmente ocorre uma suspensão prematura do tratamento, omissões ou ainda esquecimentos face à toma e posologia, faltas às consultas e/ou aos retornos agendados, automedicação, ausência de modificação no estilo de vida ou hábitos necessários para a recuperação de uma boa saúde. Os idosos são quem mais consomem medicamentos e também recorrem com frequência a vários prescritores. Estes fatores associados às alterações fisiológicas da idade influenciarão a adesão ao regime terapêutico. O declínio cognitivo e as alterações neuro-sensoriais (hipoacusia e défice visual) tornam mais complexa e difícil a adesão ao regime terapêutico, assim como a correta utilização da medicação. O uso de linguagem técnica por parte dos PS também origina dificuldade na compreensão por parte dos utentes (WHO, 2003).

A adesão implica um papel ativo e de colaboração da pessoa no planeamento e implementação do seu regime terapêutico, tendo em conta a sua capacidade de tomar decisões, assumir as suas responsabilidades para conquistar a sua autonomia

(Sousa, 2003). A relação que se estabelece com os PS influencia a adesão, sendo determinante a qualidade desta interação. Dificilmente a pessoa seguirá um regime terapêutico se não confiar no PS (Sousa, 2003).

A falta de adesão ocorre quando o comportamento do doente não coincide com as recomendações do PS, tal como foi prescrito. Também poderá dever-se ao não cumprimento das indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e estilos de vida no sentido de adotar práticas saudáveis ou não comparecer a consultas médicas previamente marcadas, não cumprir os esquemas terapêuticos ou não realizar exames complementares de diagnóstico (WHO, 2003).

Acúrcio et al (2009) confirmam que cerca de 40% a 75% dos idosos com regimes terapêuticos rotineiros não os cumprem adequadamente. Os autores associam este incumprimento a diferentes fatores, tais como *défice* cognitivo (problemas de memória), diminuição da compreensão das instruções, falta de comunicação, aumento das limitações físicas e complexidade do regime terapêutico (Machado 2009).

Os idosos são os que apresentam níveis de LS mais baixos, no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, particularmente à medicação e à adesão ao regime terapêutico (Davis et al., 2006). Na prática são raros os utentes que compreendem para que serve a medicação, como tomar, quais as interações e possíveis efeitos adversos que podem ter (quando terapêutica combinada).

2.4. Literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: O uso do medicamento

A idade avançada contribui bastante para o consumo de cuidados de saúde, com o conseqüente aumento dos custos, sendo as despesas com medicação uma fatia considerável desses custos (WHO, 2003). Verifica-se que os idosos estão polimedicados, tendo por vezes mais que um prescritor, não existindo um acompanhamento adequado destas pessoas. A polimedicação refere-se à administração pelo doente de cinco ou mais medicamentos (Poudel et al., 2014).

A polimedicação acarreta custos económicos ao Sistema Nacional de Saúde e ao próprio utente. A necessidade de hospitalização pode atingir cerca de 62% da despesa e está frequentemente relacionada com a toma inapropriada de medicamentos (Almeida & Santos, 2010).

Outro dos estudos realizados em Portugal pretendeu avaliar a GRT medicamentosa e confirmou que, numa amostra de 37 indivíduos com idades superiores a 65 anos, estes tomam em média 7,3 medicamentos por dia e apenas 9 indivíduos souberam reconhecer a indicação da totalidade dos fármacos. As causas relatadas que propiciaram a variável “toma incorreta” são: esquecimento e troca dos medicamentos (relacionada com a complexidade dos esquemas terapêuticos) (Afonso et al., 2014).

A evidência científica revela que quanto maior o número de medicamentos prescritos ao doente, menor é a adesão à terapêutica, explicando que uma terapêutica mais numerosa pode resultar em dificuldades no seguimento dos esquemas terapêuticos (Almeida & Santos, 2010). Num estudo efetuado por Costa e Miranda (2014) o objetivo incidiu em melhorar a adesão terapêutica dos doentes polimedicados através da Preparação Individualizada da Medicação (PIM), uma experiência decorrida nas farmácias comunitárias portuguesas. A conclusão obtida mostra que a implementação da PIM conduziu a uma maior adesão à terapêutica como um instrumento facilitador na sua gestão. No entanto, sobre este tipo de PIM há estudos que alertam para a existência de muitos medicamentos que deverão ser mantidos no respetivo acondicionamento primário (original), de forma a manter as propriedades físicas, químicas, terapêuticas e microbiológicas sem constrangimentos temporais, pelo que não se deve optar por incluir na PIM (Church & Smith 2006). Há riscos e perigos, como o perigo de contaminações cruzadas durante a manipulação, riscos associados ao acondicionamento no mesmo compartimento de diferentes formas farmacêuticas, nomeadamente cápsulas e comprimidos de libertação modificada (Royal Pharmaceutical Society, 2013).

Os utentes que consigam gerir a sua medicação com segurança devem ser encorajados a fazê-lo e, quando são incapazes de o fazer, deve existir um treino adequado dos cuidadores, para que estejam aptos a administrar a medicação a partir da sua embalagem original. Nos países nos quais foram elaboradas normas e recomendações acerca do uso de dispositivo semelhante a caixas multidoses, concluiu-se que o recomendável é os medicamentos serem preferencialmente dispensados e administrados a partir da sua embalagem original (Elliott, 2014; Haywood & Glass, 2016). As vantagens da utilização de informação verbal ou escrita associada ao uso do medicamento estão bem demonstradas – melhor conhecimento, melhor adesão à terapêutica e maiores benefícios terapêuticos (Flocke & Tarn, 2011).

A implementação de estratégias que favorecem o aumento de adesão à terapêutica incide em simplificar os esquemas terapêuticos, na prescrição de menor número de medicamentos possível; no evitamento de prescrições em dias alternados; no evitamento do fracionamento de comprimidos; na explicação sobre a utilidade dos medicamentos prescritos; no alerta de possíveis efeitos secundários; na adequação das formas farmacêuticas às capacidades de deglutição do doente; no recurso a instrumentos facilitadores como o uso de guias terapêuticos e rótulos legíveis/compreensíveis (através de associação de imagens uniformizadas); no aconselhamento de doentes analfabetos ou com problemas de esquecimento, de visão e de audição a solicitarem a colaboração de algum familiar ou cuidador; no uso de sinaléticas como calendários/tabelas de registo da toma da medicação, alarmes ou auxílio de profissionais ou cuidadores que possam apoiar a toma da medicação a partir das embalagens originais (e.g., Galvão, 2006; Elliott, 2014; Haywood & Glass, 2016).

Nos Estados Unidos da América (EUA) implementaram-se medidas (a utentes portadores de doenças crónicas polimedicados) que favorecessem a adesão terapêutica, nomeadamente o uso de alertas por intermédio de mensagens audíveis (os doentes recebem mensagens automatizadas ou personalizadas a lembrar e a incentivar a toma da medicação prescrita). Esta estratégia é acessível através dos telefones (fixo/móvel) dos utentes, como forma de lembretes diários baseados na prescrição clínica (Thakkar et al., 2016).

A existência de uma comunicação eficaz com o PS é crucial na obtenção de cuidados de saúde de qualidade, desde o planeamento à discussão dos esquemas terapêuticos prescritos, como clarificar a informação que consta em cada guia terapêutico (o nome do medicamento, para que serve, quando deve tomar e que qualquer esquema terapêutico deve possuir informação clara e acessível, e ainda informar o PS da medicação que cumpre (National Institute on Aging, 2017).

A intervenção do PS na relação com o utente face ao acompanhamento da GRT beneficiará a descodificação da informação, esclarecimento de dúvidas, como também o aumento de adesão e a prevenção de complicações associadas a esquecimentos/erros que possam trazer graves consequências para a saúde dos utentes.

3. Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática e integrativa da literatura. O presente estudo é exploratório descritivo, baseado numa amostra não probabilística, por conveniência (n=11). Foram delineados critérios de inclusão, como: idosos com idade superior a 65 anos, com funções cognitivas mantidas e com polimedicação (prescrições acima de 5 medicamentos). Foram contactados 20 idosos, via presencial, residentes no Concelho e Distrito de Castelo Branco (em meio rural). Apenas 11 cumpriam os critérios de inclusão, pelo que os restantes idosos (9) foram excluídos da amostra por não serem polimedicados.

No intuito de avaliar os conhecimentos que estes idosos possuíam acerca da gestão da sua própria medicação, foi aplicado um instrumento de recolha de dados que integrou quatro questões: a primeira solicitava uma caracterização sociodemográfica do utente; duas questões fechadas direcionadas ao regime terapêutico medicamentoso, nomeadamente a indicação terapêutica “para que serve a medicação” e posologia “quando a deve tomar”; a quarta questão era aberta, dando oportunidade ao utente de exprimir “que dificuldades sente em gerir a sua medicação”. Foi entregue um Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes, tendo sido garantida a sua confidencialidade e anonimato.

4. Apresentação de resultados

4.1. Caracterização da amostra

Relativamente à “*caracterização sociodemográfica*” da amostra estudada, esta contemplava cinco idosos do sexo masculino e seis do sexo feminino; com idades compreendidas entre os 65 e 94 anos; maioritariamente de estado civil casado/a, apenas uma idosa viúva. Relativamente às habilitações literárias, quatro idosos são analfabetos, dois cumpriram o 1.º ano do 1º ciclo e cinco completaram o 4.º

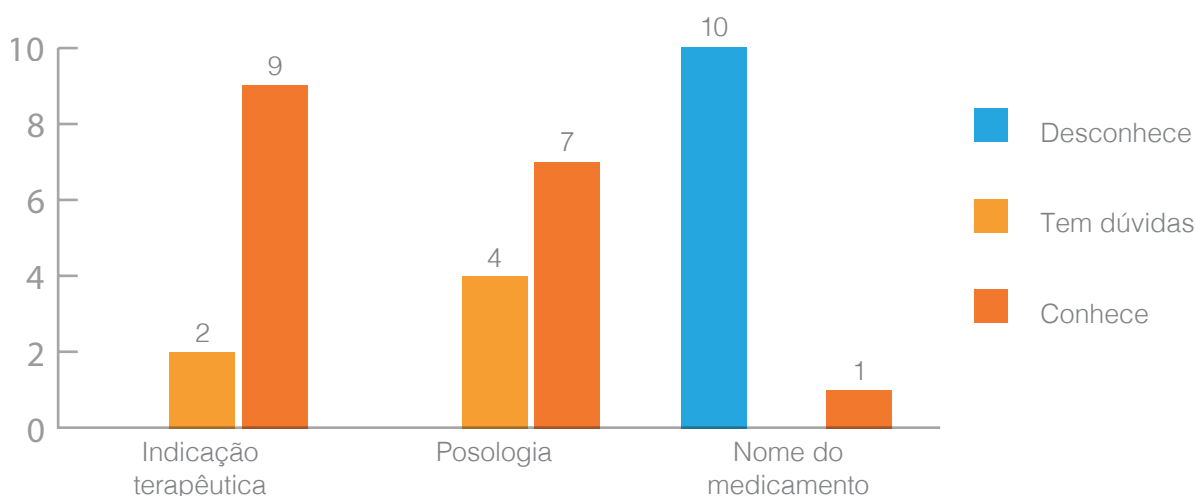
ano de escolaridade do ensino básico. Quanto ao nível socioeconómico, seis, quatro e um idosos beneficiam de pensão mínima, média e alta, respetivamente.

4.2. Perceções e dificuldades que os idosos possuem acerca da GRT e as estratégias que usam para gerir a sua medicação

Quanto aos “conhecimentos que possuem acerca da indicação terapêutica e posologia da medicação” que cumprem no seu quotidiano, cerca de nove idosos conhecem a indicação terapêutica da medicação que cumprem, apenas pelo *design* da embalagem original a que estão habituados. Nas situações em que o médico prescreve a mesma terapêutica, mas de laboratórios diferentes, possuindo a embalagem um *design* e apresentação diferentes, todos referem este aspeto como um grande obstáculo ficando a desconhecer a respetiva indicação terapêutica. A maioria dos intervenientes (dez idosos) confirma que desconhece o nome do medicamento e distingue a polimedicação que cumpre através do *design* da embalagem original (se for sempre a mesma), como descrito anteriormente.

Quanto à posologia, quatro idosos têm dúvidas e sete referem conhecê-la por intermédio do *design* e orientações escritas na embalagem. Os idosos com dúvidas acerca da posologia caracterizam-se pelo analfabetismo (Gráfico 1).

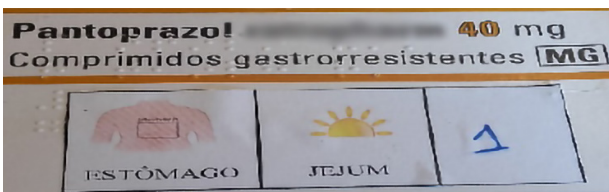
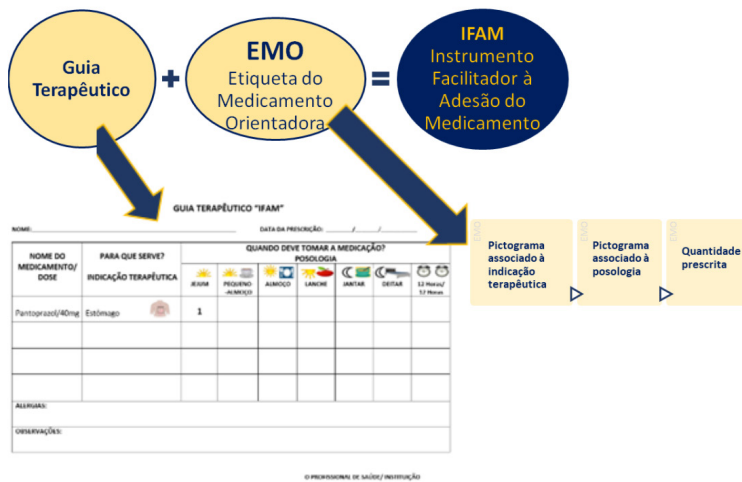
Gráfico1. Conhecimentos que a População-alvo possui acerca da GRT



Relativamente à questão relacionada com as “*dificuldades em gerir a própria terapêutica*”, a maioria dos intervenientes da amostra frisa que o fato de não saber ler dificulta a distinção da medicação, sendo que memoriza a indicação terapêutica associada ao *design* da embalagem original, o que não é seguro numa correta GRT.

Ao deparar-se com as dificuldades sentidas pelos utentes, apostou-se na elaboração de um Instrumento Facilitador à Adesão do Medicamento (IFAM) que integra um Guia Terapêutico e uma Etiqueta do Medicamento Orientadora “EMO”, ambos possuem linguagem simples e acessível; com imagens associadas à indicação terapêutica e posologia para fixar nas embalagens originais da terapêutica dos utentes, baseados na prescrição clínica. Este IFAM visa aumentar a adesão ao regime terapêutico e diminuir ou evitar erros na toma da medicação em indivíduos com baixa LS (Figura 2). Este IFAM, um suporte pedagógico, pretende também ser acessível aos indivíduos invisuais com a aplicação de *braille*, tendo em conta as considerações legais existentes que regulam esta matéria.

Figura 2. Instrumento Facilitador à Adesão do Medicamento



Fonte: Elaboração própria

5. Discussão

Tanto a literatura consultada como os resultados obtidos nesta intervenção revelam as mesmas dificuldades na GRT. Num estudo efetuado nos EUA (e.g., Cho et al., 2014), verificou-se que a uniformização do *design* da embalagem influencia a seleção correta desses medicamentos. Os resultados ilustraram que diferentes apresentações na rotulagem e no *design* da embalagem afetam significativamente a precisão e a eficiência da tomada de decisões dos doentes sobre a medicação, nomeadamente conhecer a sua indicação terapêutica e respetiva posologia.

Em Portugal, no âmbito da aplicação do Inquérito Europeu de LS, constatou-se que acima de 50% da população portuguesa apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, ou seja, não possui as habilidades necessárias para entender as informações sobre saúde, tomar decisões sobre cuidados de saúde ou seguir instruções sobre medicamentos (Ávila, Espanha & Mendes, 2015).

A implementação de estratégias de comunicação clara e acessível ajuda o utente a envolver e integrar informação útil nos seus planos de cuidados, o que favorece o aumento da adesão terapêutica. No que respeita aos rótulos de medicação, os doentes com baixos níveis de LS possuem três vezes mais probabilidade de interpretar erroneamente os rótulos das embalagens dos medicamentos. A dificuldade em compreender o rótulo da embalagem do medicamento afeta negativamente as orientações do seu uso. Dada esta realidade, é recomendável melhorar e facilitar a legibilidade das embalagens dos medicamentos, como adicionar imagens de fácil compreensão relacionadas com a gestão da medicação (simplificar os esquemas terapêuticos) (Johnson et al., 2013).

6. Conclusão

Pesquisar, interpretar, informar e aplicar informação clara e acessível acerca da saúde são estratégias propícias ao aumento dos níveis de LS dos utentes, capacitando-os nas tomadas de decisões de forma mais consciente e esclarecida, nomeadamente na GRT medicamentoso.

A existência de uma comunicação em saúde clara e acessível é fundamental para que a intervenção dos PS, enquanto agentes de mudança de comportamento, seja mais eficiente e segura. Os contributos que permitem uma comunicação funcional estão relacionados com a clareza e simplicidade da linguagem utilizada, com a assertividade, positividade e empatia (Belim & Vaz de Almeida, 2018). Estas ferramentas são consideradas uma solução chave na otimização de um aumento dos níveis de LS, da segurança do doente (promovendo a sua maior compreensão, acesso e avaliação), da segurança dos PS na comunicação com os utentes.

O uso correto de informação acerca do medicamento traduz melhor conhecimento, melhor adesão e maiores benefícios terapêuticos, o que proporciona aumento dos níveis de LS. Na prática clínica, são notórios estes aspetos: os utentes com baixos níveis de LS revelam enormes dificuldades em compreender o uso do medicamento, em saber gerir a sua própria terapêutica, desconhecem a indicação terapêutica (para que serve) e os poucos que conhecem associam-na ao *design* da embalagem original (estratégia de memorização). Estes comportamentos são preocupantes e facilmente propícios a graves consequências que podem comprometer a saúde dos utentes, como a troca de medicação, aumento de erros na toma e dosagem. Estes comportamentos geram, por sua vez, aumento dos gastos em saúde que, conseqüentemente, se torna um fator crítico para a sustentabilidade do SNS.

Com este estudo, contribui-se para a melhoria das práticas dos PS, que podem implementar estratégias comunicacionais (de forma verbal e escrita) facilitadoras da capacitação dos utentes e cuidadores a uma adequada e segura GRT, para o aumento dos níveis de LS e da adesão terapêutica do utente, para a redução de custos de saúde, melhor qualidade de vida e bem-estar dos utentes, com vista à obtenção de ganhos de saúde.

Referências

- Acúrcio, F., et al. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Assoc Med Bras*, 55(4), 468-474.
- Afonso, D., Almeida, A., Alves, P., Coelho, P., Costa, T., Pinto, C., & Silva, R. (2014). Idosos em contexto comunitário: Gestão ineficaz do regime terapêutico e risco de queda. Universidade Portuguesa Católica.
- Almeida, A., & Santos, M. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 149-162.
- Ávila, P., Espanha, R., & Mendes, R.V. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ávila, P., Dias, S., Dussault, G., & Reis, L. (2012). O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde. Um estudo em adultos utentes de farmácias do concelho de Lisboa. *Revista Portuguesa Farmacoter*, 4, 87-102.
- Belim, C., & Vaz de Almeida C. (2018) Communication competences are the key! A model of communication for the health professional to optimize the health literacy – Assertiveness, clear language and positivity. *Journal of Healthcare Communications*, 3. ISSN 2472-1654, 1-13.
- Cho, J., Miller, S., Simpson, T., & Shooter, S. (2014). Effects of over-the-counter medication product family packaging design on knowledge acquisition and consumer preferences. *New York, USA. DETC.35328*, 1-10
- Church, C., & Smith, J. (2006). How stable are medicines moved from original packs into compliance aids? *The Pharmaceutical Journal*, 276, 75-81.
- Colorado Health Outcomes Program. (2015). *AHRQ health literacy universal precautions toolkit*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2000). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão Beta*. IGIF.

Costa, F., & Miranda, I. (2014). *Projeto SOS Pharma idoso teste à implementação do serviço de Preparação Individualizada da Medicação em Farmácia Comunitária* [Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas]. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Davis, T., Wolf, M., Bass, P., Middlebrooks, M., Kennen, E., & David, W. (2006). Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 847-851.

Direção Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de Saúde*. Norma número 001/2017.

Elliott, A. (2014). Appropriate use of dose administration aids. *Aust Prescr*, 37, 46-50. www.nps.org.au/attachments/appropriate-use-of-doseadministration-aids.pdf

Flocke, S., & Tarn, D. (2011). New Prescriptions: How well do patients remember important information? *Fam Med*, 43, 254-259.

Galvão C. (2006). O idoso polimedicado: Estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clin Geral*, 22(6), 747-52.

Haywood, A., & Glass, D. (2016). Evidence of stability of medicines repackaged in compliance aids: A review. *Curr Drug Saf*, 11(1), 69-77. www.eurekaselect.com/135205/article

Johnson, J., Moser, L., & Garwood, C. (2013). Health literacy: A primer for pharmacists. *American Society of Health-System Pharmacists*, 949-955. <https://doi.org/10.2146/ajhp120306>

Machado, M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* [Dissertação de mestrado em Educação (especialização em Educação para a Saúde)]. Universidade do Minho.

National Institute on Aging. (2017). *Tracking your medications work sheet*. <https://www.nia.nih.gov/health/talking-with-doctor-worksheets>

Nunes, J.M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. https://www.mgfamiliar.net/_literature_41723/comunicacao-em-contexto-clinico

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-20. Diário da República, 2.^a Série – N.º 28 – 10 de fevereiro (2015): Despacho nº1400-A/2015.

Poudel, A., Peel, N., Nissen, L., Mitchell, C., Gray, L., et al. (2014). Potentially inappropriate prescribing in older patients discharged from acute care hospitals to residential aged. *Ann Pharmacother*, 48(11), 1425–1433. <https://doi.org/10.1177/1060028014548568>

Royal Pharmaceutical Society. (2013). *Improving patient outcomes. The better use of multi-compartment compliance aids*. www.rpharms.com/support-pdfs/rps-mca-july-2013.pdf

Sorensen, K., Broucke, S.V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonska, Z. et al. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.

Sousa, S., [et al]. (2011) Polimedicação em doentes idosos: Adesão à terapêutica. *Revis Port Clinic Geral*, 27, 176-182.

Thakkar, J., Kurup, R., Laba, T.L., Santa, K., Thiagalingam, A., et al. (2016). Mobile telephone text messaging for medication adherence in chronic disease. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 340-349.

Vaz de Almeida, C. (2016). Acolher, capacitar, encaminhar - Literacia em saúde: Os caminhos para uma maior capacitação dos profissionais de saúde. *Congresso ACE, Suplemento Informação*, 8-15.

World Health Organization-WHO. (2003). *Adherence to long term therapies. Evidence for action*. WHO.

Wynia, M.K., & Osborn, C.Y. (2010). Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal of Health Communication*, 15 (Suppl 2), 102–115.

Nota biográfica:

Sandra Laia Esteves é Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Vice-Presidente do Conselho Fiscal da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Graduada em Literacia em Saúde pelo ISPA; Graduada em Gestão em Saúde; Graduada em Urgências Obstétricas e Neonatais. Experiência profissional no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central na área da mulher; criança, adolescente e na área jovem – Hospital Dona Estefânia; adulto e idoso – Hospital de São José. Enfermeira Supervisora de Ensinos Clínicos em contexto do Curso de Especialização e Mestrado em Enfermagem Comunitária. Interesse pela área de Comunicação em Saúde e Literacia Digital, autora de alguns instrumentos audiovisuais pedagógicos no âmbito “Segurança no Comunicar” - <https://www.youtube.com/@sandralaia275/about>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5191-1718>

Email: sandralaiaesteves@gmail.com

Comunicação de más notícias: A auto-perceção dos médicos de Medicina Interna

Communication of bad news: The self-perception of Internal Medicine doctors

Patrícia Macedo Simões
Serviço de Medicina Interna
Hospital Distrital de Santarém, Portugal

Resumo

Este artigo debruça-se sobre a auto-percepção dos médicos de Medicina Interna sobre a sua atuação aquando da comunicação de más notícias aos doentes/familiares, propondo-se analisar a sua adesão a estratégias de comunicação, na perspetiva do processo de comunicação e do conteúdo da mensagem; compreender a sua vivência do ato de comunicação das más notícias, do ponto de vista da auto-eficácia; e caracterizar a sua abordagem ao doente/família recetor de más notícias, enquanto ser emocional, inserido num contexto biopsicossocial. Este artigo consiste num estudo quantitativo, descritivo e transversal, cuja recolha de dados foi realizada pela técnica de inquérito por questionário, aplicado a uma amostra não probabilística, por conveniência, e a análise de resultados foi efetuada com recurso ao Microsoft Excel. No seu decorrer, contribuiu para promover a reflexão e a sensibilização dos vários intervenientes para a temática da comunicação de más notícias, e no geral os resultados decorrentes vêm reforçar a importância do treino/formação contínuo para a auto-confiança e auto-eficácia dos profissionais neste processo complexo. Considera-se essencial que os médicos desenvolvam estratégias para comunicar más notícias e que obtenham formação específica neste domínio, contribuindo para que este processo decorra da melhor forma para a pessoa doente e família e para a equipa interdisciplinar e, assim, se possa obter mais qualidade, segurança, e efetividade na comunicação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE:

Literacia em saúde; comunicação de más notícias; auto-percepção; profissionais de saúde

Abstract

This article focuses on the self-perception of internal medicine doctors regarding their performance in delivering bad news to patients/family members. It aims to analyze their adherence to communication strategies from the perspective of the communication process and message content. Additionally, it seeks to understand their experience of delivering bad news in terms of self-efficacy and characterize their approach to patients/families receiving bad news as emotional beings within a biopsychosocial context. This article is a quantitative, descriptive, and cross-sectional study. Data collection was conducted through a questionnaire survey administered to a non-probabilistic convenience sample, and the analysis of results was performed using Microsoft Excel. Throughout its course, this study has contributed to promoting reflection and awareness among various stakeholders regarding the theme of delivering bad news. Overall, the resulting findings reinforce the importance of continuous training and education for professionals' self-confidence and self-efficacy in this complex process. It is considered essential for doctors to develop strategies for delivering bad news and to receive specific training in this domain, thereby contributing to a better experience for the patient, their family, and the interdisciplinary team involved. This, in turn, can lead to improved quality, safety, and effectiveness in healthcare communication.

KEYWORDS:

Health literacy; communicating bad news; self-perception; healthcare professionals

1. Introdução

O ato de informar pelo médico deve assentar nos quatro princípios fundamentais da bioética (beneficência, autonomia, justiça, não maleficência), aplicados no respeito pela situação biopsicossocial de cada doente, pela sua história de vida, pela sua dignidade como pessoa humana, autonomia e autodeterminação. Estes princípios fundamentam a relação entre o profissional de saúde e o doente.

Mas melhorar a literacia em saúde não se limita a simples transmissão de informação sobre saúde; envolve todo o processo de comunicação, desde o tipo de linguagem, a mensagem, os riscos e falhas da comunicação, os vieses cognitivos do profissional, e os processos de aprendizagem do doente e família para compreender, reter e usar a informação. De facto, “a comunicação é a base estruturante em que a literacia em saúde assenta e que permite estabelecer relações entre as pessoas (Almeida, 2019, p. 43).

Se comunicar eficazmente em saúde é simultaneamente importante e complexo, porque implica utilizar e desenvolver estratégias de comunicação assertivas entre profissionais de saúde e a pessoa doente e família, torna-se um desafio mais complexo quando se tem de transmitir más notícias, foco temático que se apresenta frequentemente como uma questão ética no domínio das relações interpessoais.

Assim, de modo a que a comunicação de más notícias seja eficiente e eficaz, é necessário que os profissionais apreendam as suas dificuldades e representações, pelo que aspetos como o autoconhecimento e a inteligência emocional são absolutamente cruciais.

Refletir sobre esta realidade conduziu à questão de investigação: *qual a auto-perceção dos médicos de Medicina Interna sobre a sua atuação aquando da comunicação de más notícias aos doentes e famílias?*, estipulando-se o objetivo de aferir a sua adesão a estratégias de comunicação, na perspetiva do processo de comunicação e do conteúdo da mensagem; compreender a sua vivência do ato de comunicação das más notícias, do ponto de vista da auto-eficácia; e caracterizar a sua abordagem ao doente/família recetor de más notícias, enquanto ser emocional, inserido num contexto biopsicossocial.

2. Contextualização teórica

A comunicação médica deve ser eficaz, e a informação dada de forma correta e em quantidade adequada, ou seja, em termos compreensíveis, revelada de modo claro, simples, preciso e inteligível, ao doente e família, permitindo assim que a mensagem seja compreendida, memorizada, e utilizada em ação quando necessário. Portanto, os atributos que permitem uma comunicação funcional estão relacionados com a clareza e simplicidade da linguagem utilizada, com a assertividade, positividade e empatia (Almeida, 2019).

Se comunicar em saúde é um processo essencial nas relações médico-doente-família, rodeado de complexidade, esta complexidade aumenta quando se comunica más notícias, podendo constituir um dilema ético para os profissionais de saúde.

Buckman (1984) define má notícia como sendo “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na sua perspetiva do futuro” (p. 1597). Ou seja, entende-se como má notícia toda a informação que afeta negativamente as expetativas e perspetivas futuras do doente e família, e/ou que tem potencial para provocar uma mudança negativa na vida dos mesmos.

Não existe uma norma para transmitir más notícias, porém deve-se sempre garantir os princípios éticos, ter estratégias facilitadoras de comunicação eficaz que se deverão adequar a cada situação, responder às emoções do doente e família, envolvê-los na tomada de decisão, gerir o stress criado pelas expetativas, e gerir o dilema de dar esperança (Galvão, 2015).

De entre vários, o protocolo SPIKES (Baile, 2000) constitui um modelo clássico, amplamente utilizado, que pretende orientar habilidades de comunicação para uma comunicação efetiva dos profissionais, de modo a dar apoio consistente ao doente com o objetivo de reduzir o sofrimento na comunicação de más notícias, e esta ser mais do que uma obrigação ético-legal prevista no direito e dever de informar e ser informado.

Este protocolo é constituído por seis etapas que consubstanciam os quatro objetivos principais da entrevista: recolher informações do doente, transmitir informações médicas, proporcionar suporte afetivo-emocional, e induzir a sua colaboração num plano terapêutico futuro. Estes objetivos são atingidos com técnicas de demonstração afetiva, exploratória e validadora através de habilidades específicas

que demonstrem empatia, reconhecimento, e validação dos sentimentos do doente, exploração da sua compreensão e aceitação, e ainda fornecendo perspectivas futuras e plano estratégico.

O controlo sobre a mensagem, sobre as barreiras intrínsecas e extrínsecas à comunicação, a utilização de técnicas e estratégias variadas, e uma linguagem clara, acessível, assertiva e positiva adaptada à singularidade de cada pessoa, seu grau de compreensão, sua necessidade manifesta de saber, e capacidade de participar ativamente nas decisões ajudam a enfrentar e a aceitar a situação desfavorável e o impacto negativo da informação, ao aumentar a compreensão sobre a situação em que se encontram e a melhor perspetivar planos apropriados para o seu futuro (Fallowfield et al., 2002).

3. Metodologia

Construiu-se um estudo quantitativo, descritivo e transversal, dirigido a médicos(as) de Medicina Interna, a exercer em Portugal. Optou-se pelo foco na Medicina Interna, pois trata-se de uma especialidade hospitalar que exerce a sua atividade em contextos variáveis (urgência, internamento, consulta, hospital de dia, unidades dedicadas, entre outros), vocacionada para doentes adultos complexos com múltiplas patologias de vários órgãos e sistemas, doenças raras, ou quadros clínicos complicados, incluindo por vezes ainda sem diagnóstico, quer em fase crónica, quer em fase aguda ou crítica, pautando-se assim por um quotidiano fértil em experiência e comunicação de variados diagnósticos, planos terapêuticos, evolução, e prognósticos.

O inquérito aplicado neste estudo foi desenhado de raiz para o efeito, inspirado numa ferramenta semelhante utilizada no estudo de Dafallah et al. (2020). Foi ainda baseado, do ponto de vista conceptual, no protocolo SPIKES para Comunicação de Más Notícias (Baile, 2000), e no modelo ACP de comunicação (Belim & Vaz de Almeida, 2017).

A recolha de dados decorreu entre 12 de Setembro e 31 de Outubro de 2021, pela técnica de inquérito por questionário *online*, divulgado em redes sociais *online*, como o Facebook, no qual o questionário foi partilhado em grupos fechados de

médicos; em aplicações de mensagens instantâneas, como WhatsApp e Messenger, onde foi divulgado diretamente a contactos específicos; e por e-mail, dirigido a endereços institucionais de Serviços de Medicina Interna de instituições de saúde públicas e privadas nacionais.

Obteve-se, assim, uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 55 participantes: 38 (69,1%) do género feminino e 17 (30,9%) do género masculino; 41 (74,5%) internos e 14 (25,5%) especialistas, com idades compreendidas entre os 26 e os 68 anos, numa média de idades de 29,44 anos.

A análise de resultados foi feita com recurso ao Microsoft Excel.

4. Apresentação e discussão de resultados

Dos 55 participantes, 38 (69,1%) são do género feminino, enquanto 17 (30,9%) são do género masculino, o que se coaduna com a realidade da população médica em Portugal, que, segundo dados da Ordem dos Médicos de 2020, é composta por 56% de indivíduos do género feminino.

Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 26 e os 68 anos, numa média de idades de 29,44 anos.

Dos 55 médicos de Medicina Interna que responderam, 41 (74,5%) são internos, e 14 (25,5%) são especialistas.

Apesar de 100% dos(as) médicos(as) inquiridos(as) já terem comunicado más notícias a doentes e/ou familiares (Figura 2), a maioria (65,5%) não se sente à vontade para o fazer (Figura 1), e 61,8% referem já ter tido más experiências na comunicação de más notícias (Figura 3).

Figura 1. Distribuição das respostas à questão “Sente-se à vontade para transmitir más notícias a um doente ou família?”

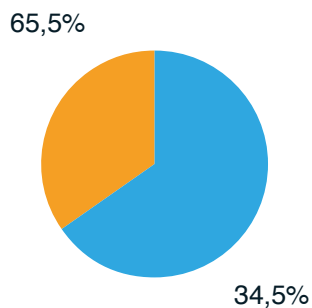


Figura 2. Distribuição das respostas à questão “Alguma vez comunicou más notícias a um doente ou família?”

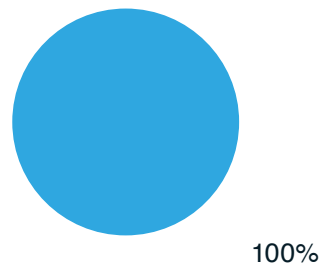
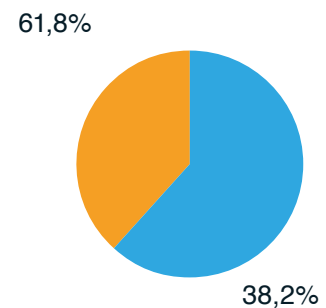


Figura 3. Distribuição das respostas à questão “Alguma vez teve uma má experiência na comunicação de más notícias?”



● Sim ● Não

Apesar de a totalidade dos inquiridos já ter comunicado más notícias e considerar necessário ter treino/formação para desenvolver adequadamente as competências de comunicação das más notícias, apenas 34,5% receberam treino/formação nesta área (Figura 5). A grande maioria (96,4%) estaria disposta a receber tal treino/formação (Figura 7). Estes resultados vão ao encontro das tendências verificadas em estudos internacionais de índole semelhante (Dafallah et al., 2020; Biazar et al., 2019; Dickson et al., 2002).

De notar que 69,1% dos(as) respondentes refere conhecer (não necessariamente aplicar) algum protocolo de comunicação de más notícias (Figura 6).

Figura 4. Distribuição das respostas à questão “Na sua opinião, é necessário treino/ formação para o adequado desenvolvimento de competências para comunicar más notícias?”

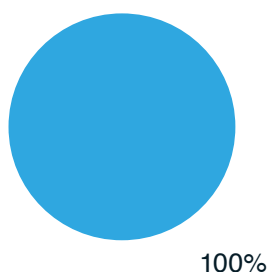


Figura 5. Distribuição das respostas à questão “Alguma vez recebeu treino/formação em comunicação de más notícias?”

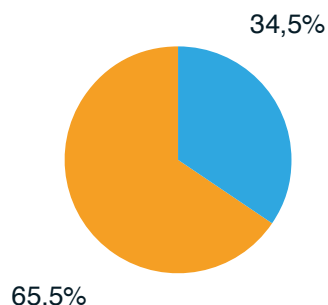


Figura 6. Distribuição das respostas à questão “Conhece algum protocolo de comunicação de más notícias?”

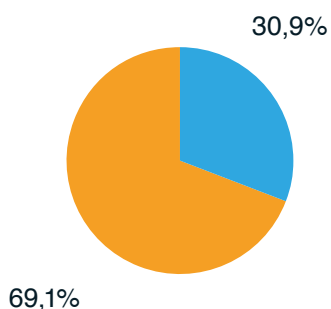
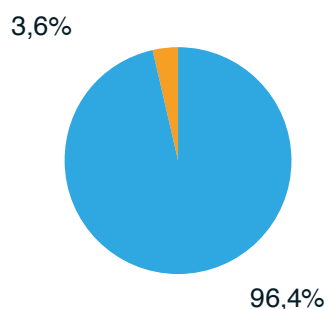


Figura 7. Distribuição das respostas à questão “Estaria disposto(a) a participar em sessões de treino/ formação em comunicação de más notícias?”

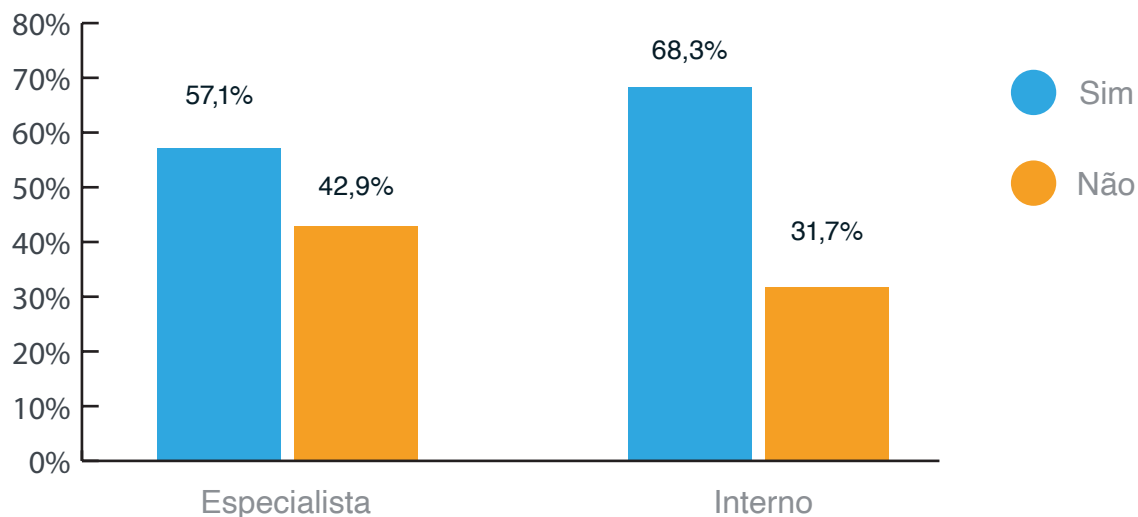


● Sim ● Não

Dos(as) médicos(as) especialistas, 57,1% referem sentir-se à vontade para transmitir más notícias por oposição a 42,9% que diz não se sentir à vontade para realizar esta tarefa, perfazendo uma diferença de apenas 14,2% (Figura 8), o que parece sugerir que a experiência e a autonomia do ponto de vista técnico não são suficientes para garantir a auto-confiança e auto-eficácia dos profissionais nesta matéria.

Por outro lado, nota-se que, entre os(as) médicos(as) internos(as) inquiridos, a diferença de respostas é bem mais marcada, com a maioria de 68,3% a referir sentirem-se à vontade para transmitir más notícias, e apenas 31,7% a não se sentir à vontade para realizar esta tarefa (Figura 8).

Figura 8. Distribuição das respostas à questão “Sente-se à vontade para transmitir más notícias a um doente ou família?” por categoria profissional.



Apesar de 68,3% dos(as) médicos(as) internos(as) se sentirem à vontade para transmitir más notícias (Figura 8), apenas 36,6% destes(as) recebeu treino/formação nesta área (Figura 9).

Interessa notar que, dos(as) médicos(as) especialistas inquiridos, a maioria (71,4%) nunca recebeu treino/formação em comunicação de más notícias (Figura 9). Isto, associado ao facto de que a grande maioria dos inquiridos (96,4%) estaria disposto a participar em sessões de treino/formação nesta área (Figura 7), sugere que, mesmo ao longo da carreira, não têm existido suficientes oportunidades de treino/formação em comunicação de más notícias.

Figura 9. Distribuição das respostas à questão “Alguma vez recebeu treino/ formação em comunicação de más notícias?” por categoria profissional.

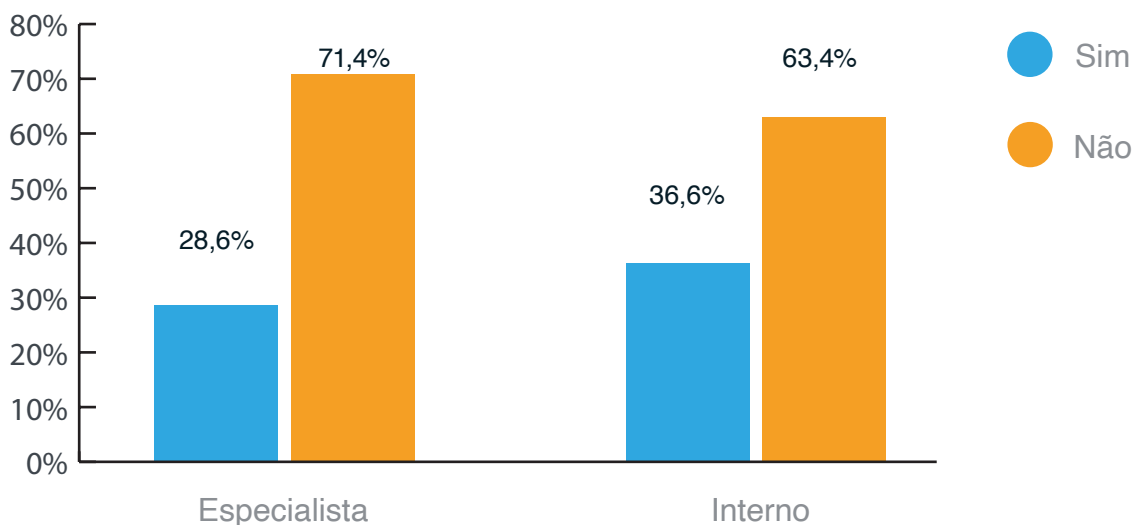
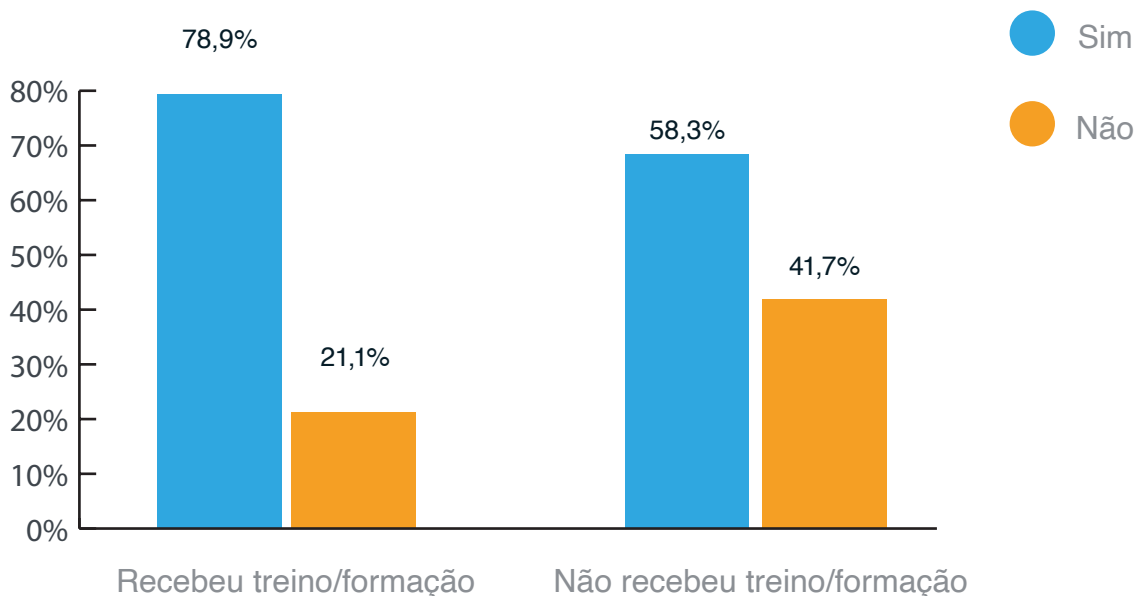


Figura 10. Distribuição das respostas à questão “Sente-se à vontade para transmitir más notícias a um doente ou família?” por grupos de quem recebeu ou não treino/formação.



No entanto, a importância do treino/formação para a autoconfiança e auto-eficácia dos profissionais na comunicação de más notícias fica bem patente, semelhantemente ao reportado nos estudos internacionais (Biazar et al., 2019; Dafallah et al., 2020; Dickson, et al., 2002).

Dos(as) médicos(as) que receberam treino ou formação em comunicação de más notícias, a grande maioria (78,9%) sente-se à vontade para desempenhar esta tarefa, enquanto apenas 21,1% não se sente à vontade para tal (Figura 10).

Já entre os médicos que não receberam treino ou formação, verifica-se uma maior disparidade de respostas, com 58,3% a responder que se sentem à vontade para transmitir más notícias, e 41,7% a responder que não se sentem à vontade para tal (Figura 10).

Figura 11. Distribuição das respostas à questão “Planeia a entrevista/treina previamente a comunicação das más notícias?”

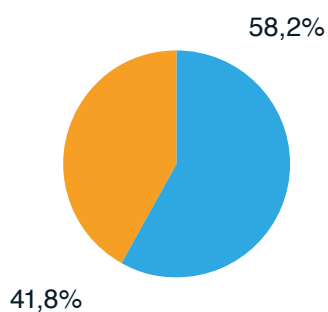
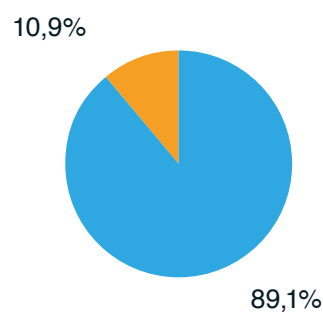
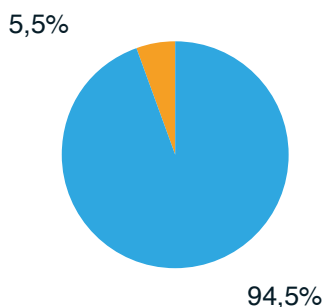


Figura 12. Distribuição das respostas à questão “Selecciona o local da entrevista tendo em vista a privacidade e o conforto do doente? (ex: ausência de ruído, local para sentar)”



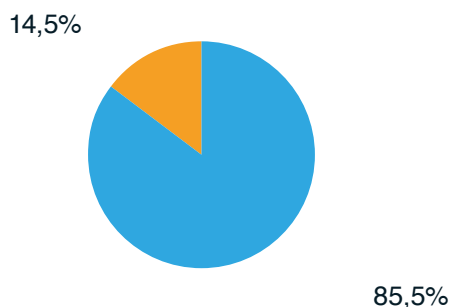
● Sim ● Não

Figura 13. Distribuição das respostas à questão “Permite/encoraja a presença de um acompanhante?”



● Sim ● Não

Figura 14. Distribuição das respostas à questão “Evita a presença de objetos/barreiras entre si e o doente durante a entrevista? (ex: computador, papéis, mesa)”



De notar que as questões acima apresentadas apenas se focam na realização ou não de dada ação, não tendo em consideração possíveis constrangimentos de natureza temporal, espacial, ou logística que, apesar de externos ao profissional de saúde, são considerados fatores determinantes da qualidade e efetividade da comunicação destacados no próprio protocolo (Baile, 2000). Estes fatores estão particularmente patentes na prática clínica do médico internista, que desenvolve a sua atividade, e, portanto, depara-se com a necessidade de comunicar más notícias, numa variedade de contextos que vão desde a consulta externa, ao internamento, e à urgência, entre outros, com todas as especificidades e desafios decorrentes de cada um.

Figura 15. Distribuição das respostas à questão “Procura apurar o conhecimento prévio que o doente tem sobre a situação?”

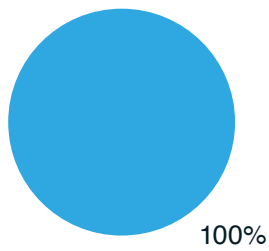


Figura 16. Distribuição das respostas à questão “Procurar apurar o grau de compreensão do doente sobre a situação?”

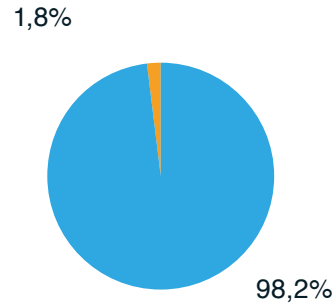


Figura 17. Distribuição das respostas à questão “Procura apurar as crenças que o doente tem sobre a situação?”

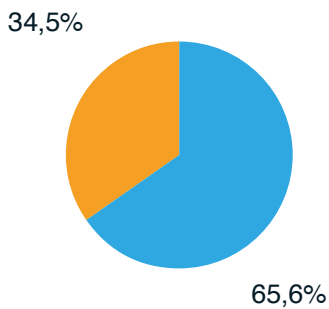
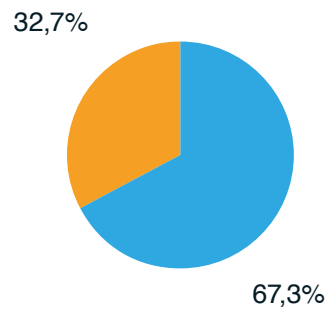


Figura 18. Distribuição das respostas à questão “Averigua o estado emocional do doente para determinar se é o momento indicado para transmitira as más notícias?”



● Sim ● Não

De uma forma geral, os(as) médicos(as) inquiridos(as) procuram apurar o conhecimento prévio e grau de compreensão do doente sobre a situação a abordar (Figuras 15 e 16).

Já no que respeita a apurar as crenças do doente sobre a sua situação e a averiguar o seu estado emocional, as respostas já não são tão unanimemente positivas (Figura 17).

Figura 19. Distribuição das respostas à questão “Pergunta ao doente o que ele pretende saber sobre a situação?”

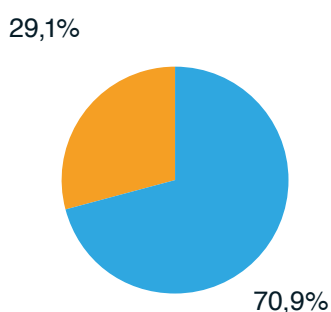


Figura 20. Distribuição das respostas à questão “Pergunta ao doente se pretende envolver um familiar/acompanhante nas decisões?”

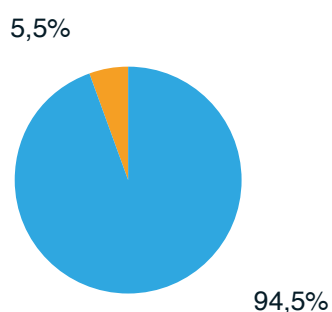
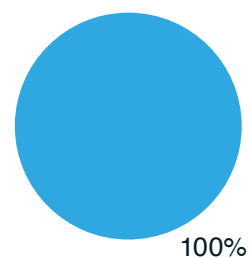


Figura 21. Distribuição das respostas à questão “Mostra-se disponível para responder a perguntas se/quando o doente pretender?”



● Sim ● Não

No geral, os profissionais inquiridos dizem ter em conta os desejos do doente relativamente ao que este pretende saber sobre a situação e a envolver familiares, e referem unanimemente mostrar-se disponíveis para retomar o diálogo consoante o doente pretender (Figuras 19, 20 e 21).

Importa refletir que, dada a natureza e limitações inerentes à própria metodologia de inquérito por questionário *online* (Evan & Mathur, 2005), não é possível assegurar a sinceridade das respostas, pelo que os resultados acima tanto podem traduzir efetivamente as ações dos profissionais, como as ações que estes consideram mais corretas mesmo que não praticadas em contexto real. Independentemente destas considerações, as questões promovem pelo menos a reflexão dos inquiridos sobre a sua atuação, e as respostas demonstram uma sensibilidade dos profissionais para com os desejos e necessidades do doente no diálogo.

Figura 22. Distribuição das respostas à questão “Avisa o doente que tem más notícias?”

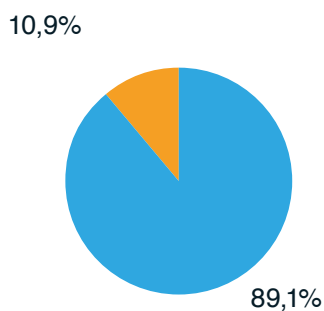
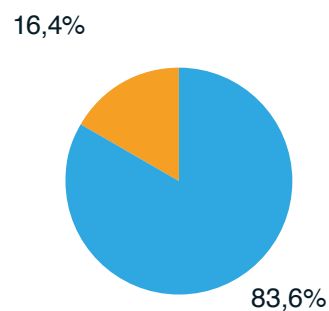


Figura 23. Distribuição das respostas à questão “Utiliza frases simples e curtas?”



● Sim ● Não

Figura 24. Distribuição das respostas à questão “Utiliza terminologia médica?”

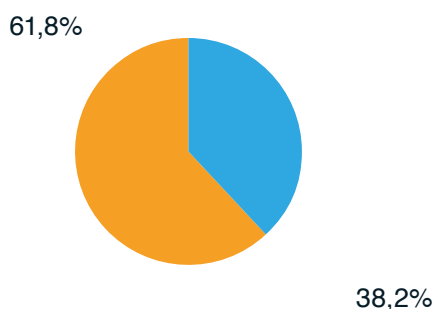


Figura 25. Distribuição das respostas à questão “Adequa o vocabulário à linguagem do doente?”

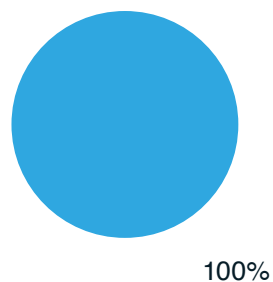


Figura 26. Distribuição das respostas à questão “Utiliza eufemismos ou termos vagos?”

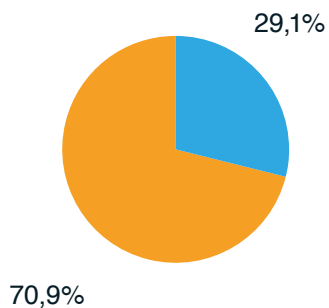


Figura 27. Distribuição das respostas à questão “Pergunta com frequência se o doente está a compreender?”

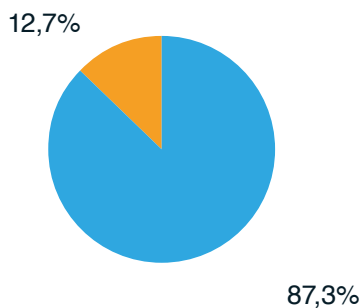
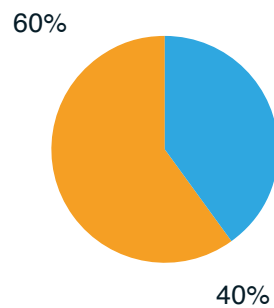


Figura 28. Distribuição das respostas à questão “Pede ao doente para repetir a informação de volta?”



● Sim ● Não

Uma maioria significativa dos participantes refere avisar os doentes que tem más notícias para lhe comunicar (Figura 22), e utilizar frases simples e curtas para a transmissão da informação (Figura 23).

É interessante observar que, apesar de 100% dos médicos inquiridos considerarem que adequam o seu vocabulário à linguagem do doente na comunicação das más notícias (Figura 25), 61,8% referem que utilizam terminologia médica para o efeito (Figura 24), e 70,9% admite utilizar eufemismos ou termos vagos (Figura 26).

De realçar ainda que uma grande maioria (87,3%) dos respondentes refere perguntar frequentemente ao doente ao longo da entrevista se este está a compreender a informação (Figura 27); no entanto, apenas 40,0% recorrem ao método *teach back*, pedindo ao doente para repetir a informação de volta (Figura 28).

Estes dados mostram um panorama muito positivo relativamente à auto-percepção dos médicos sobre a sua atuação no que respeita à resposta emocional do doente e família no decorrer da transmissão das más notícias, o que parece ir contra a literatura que descreve a componente emocional como um desafio acrescido à comunicação eficaz (Buckman, 1984).

Figura 29. Distribuição das respostas à questão “Observa sinais/comportamentos não verbais do doente ao longo da entrevista”

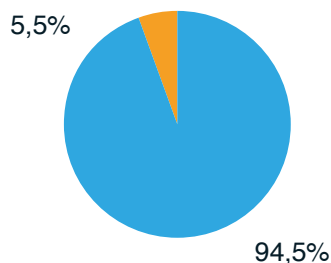


Figura 30. Distribuição das respostas à questão “Encoraja o doente a expressar as suas emoções e preocupações perante a situação?”

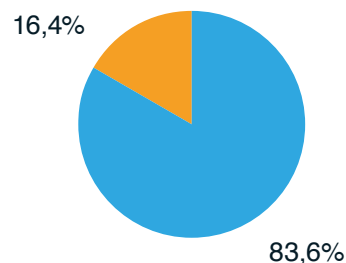


Figura 31. Distribuição das respostas à questão “Identifica as emoções experienciadas pelo doente ao longo da entrevista?”

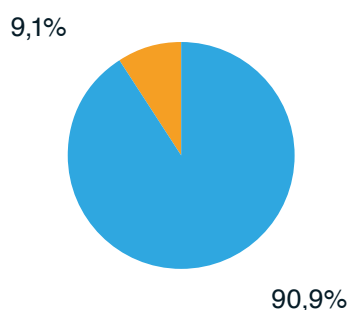


Figura 32. Distribuição das respostas à questão “Mostra ao doente que reconhece as suas emoções e preocupações perante a situação?”

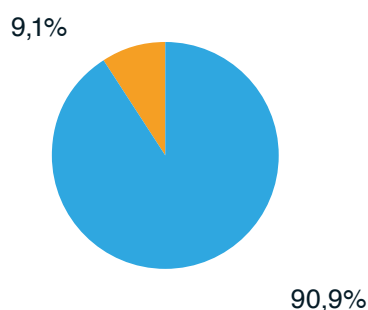
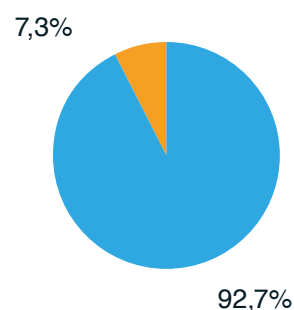


Figura 33. Distribuição das respostas à questão “Transmite ao doente esperança realista?”



● Sim ● Não

No entanto, poderemos estar perante resultados que traduzem as respostas que os inquiridos consideraram mais corretas e não necessariamente a realidade na prática.

Existe ainda a hipótese de, precisamente pelo desafio acrescido que a componente emocional representa no processo de comunicação de más notícias, e pelo seu carácter mais subjetivo, os profissionais, de forma mais ou menos consciente, dela se resguardarem com uma abordagem superficial e evitante, que se traduza numa auto-perceção de eficácia inflacionada face, por exemplo, à perspetiva do doente. Estudos sobre a experiência dos doentes recetores de más notícias são escassos, mas sugerem que, mesmo perante a utilização de protocolos como SPIKES (Baile, 2000), o seu grau de satisfação com a comunicação dos profissionais é reduzido (Seifart, 2014).

Figura 34. Distribuição das respostas à questão “Sumariza os pontos-chave da entrevista?”

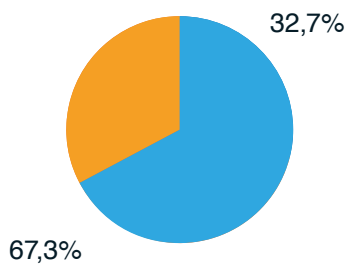


Figura 35. Distribuição das respostas à questão “Pergunta se o doente pretende mais algum esclarecimento?”

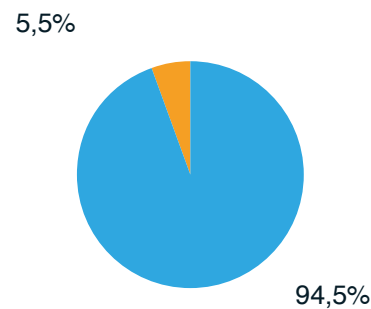
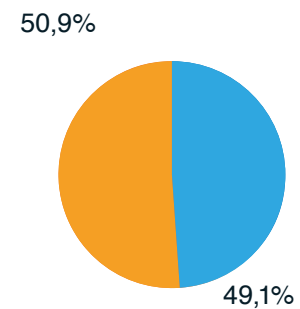


Figura 36. Distribuição das respostas à questão “Estabelece um plano para a entrevista seguinte?”



● Sim ● Não

A maioria de 67,3% dos inquiridos refere sumarizar os pontos-chave da entrevista (Figura 34), e a quase totalidade (94,5%) indica questionar o doente sobre esclarecimentos adicionais que este pretenda (Figura 35).

Quanto ao estabelecimento de um plano para a entrevista seguinte, as respostas são extremamente díspares, com praticamente metade dos inquiridos a considerar que estabelecem um plano para a entrevista seguinte, e a outra metade a responder que não o faz (Figura 36).

Esta disparidade pode prender-se com diferenças relativamente ao que os diversos médicos consideram ser o limite da sua responsabilidade no processo de transmissão das más notícias; ou mesmo com variações na interpretação que cada inquirido faz do conceito de estabelecer um plano para a entrevista seguinte, ou do próprio conceito de má notícia.

Com efeito, alguns respondentes podem considerar que a referenciação do doente para outra equipa ou especialidade constitui o final da sua intervenção e que

o estabelecimento do plano e entrevista seguinte ficam ao cuidado de outro profissional; enquanto outros respondentes podem considerar a referenciação para outra equipa ou especialidade um plano em si mesmo por eles estabelecido, ainda que a entrevista seguinte não seja já da sua responsabilidade. Outros ainda podem associar o conceito de má notícia a diagnósticos terminais, notificações de óbito, ou outros desfechos em que consideram não ter nada mais a oferecer ao doente e família, e, portanto, não perspetivam a necessidade de um plano ou mesmo entrevista seguinte. Outros, mesmo perante um conceito de má notícia assente nestes desfechos, percecionam os cuidados de conforto e a tranquilização do doente e família como integrante do plano futuro.

Destaque ainda para os comentários livres dos inquiridos na secção final do questionário. Deste *feedback*, conclui-se que os médicos de Medicina Interna reconhecem a importância da temática da comunicação, e da comunicação de más notícias em particular, na sua prática quotidiana, e a necessidade de promover o desenvolvimento de competências nesta área.

Quanto à transmissão da informação, um dos inquiridos levanta a questão da utilização de terminologia médica. De facto, num contexto de comunicação entre médico e doente, não se pode abandonar totalmente a terminologia médica, até porque esta confere objetividade e credibilidade à mensagem que se procura transmitir, conforme preconiza o Modelo ACP de comunicação (Belim & Vaz de Almeida, 2017). Porém, importa descodificá-la em linguagem clara e acessível para o doente, e não utilizá-la como refúgio para inibir o surgimento de manifestações emocionais e manter o distanciamento afetivo.

Os inquiridos levantam preocupações com as limitações do questionário já previamente referidas, quanto à veracidade das respostas, e a possível disparidade entre os resultados aqui apresentados e a realidade da prática. Estas são limitações decorrentes da metodologia adotada, porém, considera-se que as questões apresentadas, e as respetivas respostas, independentemente do grau de sinceridade dos inquiridos, contribuem para o objetivo maior do trabalho de promover a reflexão e a sensibilização dos profissionais de saúde para a temática da comunicação de más notícias.

Por fim, vários dos inquiridos alertam para as circunstâncias e condições do ambiente em que a comunicação tem lugar, com destaque para os contextos de internamento e urgência, que se apresentam como fatores externos ao seu controlo e que interferem com a privacidade e dignidade dos intervenientes, e com a eficácia e impacto da comunicação da má notícia.

5. Conclusões

A literacia em saúde é um tema emergente, face às repercussões quer na qualidade de vida das pessoas, quer das comunidades, e com impacto na sustentabilidade do sistema nacional de saúde. É um caminho que se desbrava com a comunicação, ferramenta base ao estabelecimento de relações terapêuticas.

Os profissionais de saúde, com um papel privilegiado na sua promoção, devem perspetivá-la como uma competência inerente à sua função, independentemente do contexto onde exercem a sua prática, e uma estratégia para a melhoria dos cuidados de saúde. Ou seja, os profissionais de saúde deverão ser atores determinantes em literacia em saúde, e como tal participar ativamente no processo de desenvolvimento e de aprendizagem dos doentes e família.

Se capacitar as pessoas, através do aumento da sua literacia em saúde, deve ser o objetivo de todos os intervenientes na área da saúde, as competências e estratégias individuais para uma comunicação interpessoal são fundamentais para proporcionar cuidados de qualidade nos serviços de saúde.

De facto, a comunicação, quando baseada numa relação bem-sucedida, mais do que uma ferramenta terapêutica, é uma atitude profissional, promotora da participação ativa, do consentimento informado, e da confiança mútua. Deve, por isso, constituir uma área de investimento pessoal e de formação para os profissionais de saúde, devendo tornar-se uma prioridade; como tal, é fundamental a implementação de programas de desenvolvimento de competências comunicacionais em saúde.

Neste enquadramento, surge a ideia motriz deste trabalho sobre a auto-perceção dos médicos de Medicina Interna acerca da sua atuação aquando da comunicação de más notícias aos doente e famílias. E, de facto, os resultados vieram, à semelhança de outros estudos, sugerir que a experiência deve aliar formação contínua, que possa proporcionar o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais. A arte da comunicação de más notícias exige aprendizagem, e que esta transforme conhecimento em ação. É essencial que os médicos desenvolvam estratégias para comunicar más notícias e que obtenham formação específica neste domínio, contribuindo para que este processo decorra com qualidade, segurança, e efetividade para o doente e família, e para a equipa interdisciplinar.

Este estudo tem, no entanto, algumas limitações, decorrentes da sua dimensão e da própria metodologia. Tem valor numa perspetiva de reflexão e de sensibilização para a temática da comunicação de más notícias no contexto nacional, particularmente quanto aos desafios que se lhe impõem e à necessidade de capacitar os profissionais de saúde nesta função essencial. Porém, no futuro, teria interesse ser complementado com estudos baseados noutras metodologias mais rigorosas, com amostras mais significativas, e aberto a mais especialidades médicas e outras profissões da saúde, bem como estudar concomitantemente a perspetiva de doentes e famílias neste processo.

Referências

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). Edições ISPA (ebook).

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). *SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer*. *The oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>;

Belim, C., & Vaz de Almeida, C. (2017). Healthy thanks to communication: A model of communication competences to optimize health literacy: Assertiveness, clear language, and positivity. In V. E. Papalois & M. Theodospoulous (Eds.), *Optimizing health literacy for improved clinical practices* (pp. 124-152). IGI Global.

Biazar, G., Delpasand, K., Farzi, F., Sedighinejad, A., Mirmansouri, A., & Atrkarroushan, Z. (2019). Breaking Bad News: A Valid Concern among Clinicians. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(3), 198–202.

Buckman R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*, 288(6430). doi:10.1136/bmj.288.6430.1597

Dafallah, M. A., Ragab, E. A., Salih, M. H., Osman, W. N., Mohammed, R. O., Osman, M., Taha, M. H., & Ahmed, M. H. (2020). Breaking bad news: Awareness and practice among Sudanese doctors. *AIMS Public Health*, 7(4), 758–768. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020058>

Dickson, D., Hargie, O., Brunger, K., & Stapleton, K. (2002). *Health professionals' perceptions of breaking bad news. International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, 15(6-7), 324–336. <https://doi.org/10.1108/09526860210448492>

Evan, J. R., & Mathur, A. (2005). The value of online surveys. *Internet Research*, 15(2), 195–219. doi: 10.1108/10662240510590360.

Fallowfield, L.J., & Jenkins, V.A. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*, 363(9405), 312-19.

Galvão, A., Valfreixo, M., & Esteves, M. (2015). Processo comunicacional na transmissão de más notícias: Revisão da literatura. In *Livro de Atas do II Seminário Internacional em Inteligência Emocional* (pp. 247-262). <http://hdl.handle.net/10198/12153>;

Seifart, C., Hofmann, M., Bär, T., Riera Knorrenschild, J., Seifart, U., & Rief, W. (2014). Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Annals of Oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 25(3), 707–711. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt582>

Nota biográfica:

Patrícia Macedo Simões é Médica Interna de formação específica em Medicina Interna no Hospital Distrital de Santarém. Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Pós-Graduada em Qualidade em Saúde e Segurança do Doente pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa Pós-Graduada em Literacia em Saúde na Prática pelo ISPA – Instituto Universitário.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2241-0193>

Email: patricia.im.simoies@gmail.com



Entrevista

Professora Doutora Cristina Vaz de Almeida

Especialista em Literacia em Saúde e Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

1. Na qualidade de especialista em literacia em saúde, como a define?

Refiro a definição sumária de literacia em saúde, que é a perfilhada pela Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde ([SPLS], 2022):

a capacidade de influenciar, envolver, formar e apoiar os indivíduos, organizações, comunidades, profissionais em saúde, grupos, *media*, decisores políticos e outros, dentro dos respetivos contextos e ao longo do ciclo de vida, a melhorarem as suas competências para o acesso, compreensão, avaliação e uso dos recursos em saúde e da correta navegação no sistema, que geram motivação e visam decisões responsáveis, melhoradas, refletidas e acertadas, seja de indivíduos, grupos, de organizações, que promovem e melhorem os resultados em saúde e do bem-estar.

2. Qual é a importância da literacia em saúde na sociedade atual?

A literacia em saúde salva vidas, afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS). A literacia em saúde diz respeito às competências e motivação para se conseguir um melhor acesso, compreensão e uso dos recursos de saúde que estão num *continuum* na nossa vida. Este constructo representa uma agregação de palavras que estrutura um conceito profundo, ativado desde 1974, e cunhado por um autor de nome Simonds.

Podemos dizer que há um caminho imenso na evolução e reforço de competências geradoras de maior conhecimento, capacidades e desenvolvimento dos atributos pessoais dos indivíduos para que estes tomem decisões mais acertadas na vida e promovam estilos de vida mais saudáveis.

3. Dados do *Health Literacy Population Survey Project 2019-2021 (HLS19)* – uma pesquisa que mediu a literacia em saúde em 17 países europeus entre eles Portugal – revelam que 65% da população portuguesa tem um nível suficiente de literacia em saúde, 22% apresenta um nível problemático e 7,5% um nível inadequado. Neste contexto, quais são os principais desafios enfrentados pelas pessoas em relação à literacia em saúde?

Os estudos divulgados em 2016 (Espanha et al., 2016) apontam para baixos níveis de literacia em saúde em Portugal. Há evidência de que a educação, a literacia e o autocuidado são de grande importância, não só para a promoção e proteção da saúde da população, como também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, sendo, por isso um “fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde” (Despacho n.º 3618-A/2016). É necessário evidenciar e aplicar as boas práticas no domínio da educação, literacia e autocuidados, com expansão a novos territórios, e com experiências inovadoras (Vaz de Almeida et al., 2023, p. 30). A confiança é essencial para moldar a relação social e para moldar a formação e manutenção dos relacionamentos interpessoais, sendo uma força prevalente, silenciosa que conecta as pessoas (Rotenberg, 2022). Em literacia em saúde, sabemos que a confiança do paciente no profissional e a confiança estabelecida entre os profissionais incrementam a confiança na organização, isto é, que todos e cada um vão cumprir aquilo que se propuseram dizer, fazer, revelar (Vaz de Almeida et al., 2023, p. 45). A literacia em saúde requer que um indivíduo elimine informação desatualizada e aprenda e aplique informação nova numa base contínua. Assim, a literacia em saúde é um processo dinâmico de aprendizagem e adaptação constante, ao longo do ciclo da vida (Vaz de Almeida et al., 2023, p. 76).

4. Qual a importância dos conhecimentos e capacidades essenciais para que uma pessoa seja considerada literada em saúde?

O que fica claro dos estudos consultados ao longo dos anos (e.g., Dance, 1970; Gregory, 2008; OCDE, 2005) são os seus constituintes comuns: os conhecimentos, capacidades e atributos pessoais sobrepõem-se nas várias definições. Porém, há um reconhecimento de associação e afirmação em que tanto o conhecimento, como as capacidades e os atributos pessoais, levam a competências mais amplas (OCDE, 2005). Gregory (2008) usa a seguinte definição de competências num estudo de gestores seniores de comunicação no Reino Unido: “conhecimento e capacidades usados no desempenho de conjuntos comportamentais ou conjuntos de comportamentos que apoiam na obtenção de objetivos” (p. 216). É importante definir em “competências” as dimensões-chave do 1) conhecimento (saber); 2) das capacidades (fazer); e 3) dos atributos pessoais (o ser). As competências são, assim, as capacidades fundacionais, que permitem desempenhar as tarefas e assumir as responsabilidades ao longo do tempo, de uma forma estável e com êxito (Tench & Konczos, 2013, p. 43).

Se se conseguir maximizar a experiência do paciente, a sua autonomia e competência em contextos de cuidados de saúde, através da regulação dos seus comportamentos relacionados com a saúde, é muito mais provável de ele internalizar as condutas e manter ao longo do tempo a mudança de comportamento necessária (Vaz de Almeida et al., 2023, p. 22; Williams et al., 1998).

Poderíamos até dizer que temos muita informação, o que é verdade, mas que esta, *per si*, não tem força para mudar comportamentos. E o certo é que as pessoas acabam por diminuir drasticamente a sua qualidade de vida a partir de uma certa idade. Dados de 2022 indicam que a qualidade de vida decresce significativamente em Portugal depois dos 58 anos. Podemos ter aqui algum fator associado à pandemia que nos assolou por mais de dois anos. Mas estes dados são reais e exigem reflexões profundas de todos e não apenas dos grupos de iluminados: investigadores ou decisores.

5. Quais são os benefícios de melhorar a literacia em saúde quer para os indivíduos quer para a comunidade em geral?

Partilhamos todos a responsabilidade de criar um ambiente inclusivo. Hoje, é importante utilizar uma linguagem inclusiva por razões políticas, cognitivas e linguísticas (Soares, 2017). E os riscos que existem são o reforço de doenças crónicas incapacitantes (doenças cardiovasculares, diabetes, respiratórias, SIDA) com uma elevação de custos nos cuidados de saúde a nível pessoal e a nível do sistema. Vivemos mais, mas sem a qualidade de vida que é expectável. A longevidade não significa qualidade de vida. Temos de recorrer sistematicamente ao apoio à saúde, sobretudo depois dos 65 anos. E se a longevidade nos aponta para os 83 ou 85 anos (homens e mulheres, respetivamente), que recursos temos?

Realço os **17 passos de uma literacia em saúde inclusiva**:

1. **Contribuir para uma maior cidadania** – isto significa que é preciso que a sociedade se prepare e desenvolva estratégias para dar importância ao tema;
2. **Incluir as pessoas com deficiência na construção dos programas de comunicação em saúde**;
3. **Desenvolver práticas formativas** que ensinem os profissionais de saúde a usar e a compreender melhor a linguagem inclusiva;
4. **Implementar a noção e a prática do respeito**, com o investimento no desenvolvimento do ser humano desde a infância, através do desenvolvimento de competências parentais, nas escolas através de competências dos educadores formais e através de uma educação global que promova também a educação para a saúde;
5. **Desenvolver canais adequados de informação** que se transformem em conhecimento, combinando integralmente os meios impressos, audiovisuais e digitais;
6. **Conhecer melhor o que desejam as audiências**, como se movem e o que as faz mudar;

7. **Perceber se as pessoas têm eficácia para agir**, isto é, têm o conhecimento suficiente para a ação; compreendem as razões que estão por detrás de não se dizer “o cego” ou o “surto” ou o “autista” e falar na pessoa com cegueira, na pessoa com surdez, na pessoa com deficiência? Porque, de facto, é a pessoa que está no centro;

8. **Perceber e resolver as questões relacionadas com a indiferença ou a inércia**: se se compreender a base da inércia pode arranjar-se meios mais influenciadores e motivadores para que as pessoas sintam vontade de atuar por uma maior inclusão;

9. **Descobrir os influenciadores, motivadores de uma maior inclusão promotora de uma literacia em saúde que use uma comunicação inclusiva e inseri-los nas campanhas locais, regionais, nacionais, internacionais;**

10. **Preparar melhor as organizações** para formar os seus colaboradores nesta linguagem inclusiva também promotora de uma maior literacia em saúde. Alguém ensinou os profissionais na linguagem correta inclusiva?;

11. **Trabalhar em rede multisectorial e dentro das comunidades** para compreender as crenças, os estereótipos que existem e saber ultrapassá-los;

12. **Medir constantemente os resultados** até se atingirem patamares razoáveis de sucesso e, depois, monitorizar a evolução de uma forma regular;

13. **Utilizar profusamente as ferramentas de literacia em saúde**, uteis para comunicar melhor, de forma mais acessível e transparente (AHRQ, 2015);

14. **Demonstrar o valor e os resultados de uma comunicação inclusiva** (nas organizações, na comunidade, nos *media*);

15. **Desenvolver uma investigação** associada ao tema da comunicação inclusiva na literacia em saúde;

16. **Organizar e mostrar as boas práticas inclusivas em saúde promotoras de uma melhor literacia em saúde e cidadania;**

17. **Abranger todos os cidadãos no seu ciclo de vida.**

6. Das várias especialidades de literacia em saúde (e.g., cardiovascular, mental, nutricional, oral, sexual), qual é a que considera mais importante? Porquê?

A pessoa tem de ser vista de uma forma holística, daí importarem todas as especialidades de literacia em saúde. É essencial ter em conta toda a saúde e toda a sua doença. Cada indivíduo é único. Assim toda a literacia em saúde em todos os campos da ciência, da doença, nas dimensões dos cuidados, da prevenção da doença e da promoção da saúde interessam para a literacia em saúde. Queremos decisões acertadas em saúde para todos. Defendemos uma visão integrada do ecossistema da saúde, uma só saúde – *One Health* –, na qual a pessoa, o ambiente, a natureza e os animais têm efeitos uns sobre os outros numa vivência que se quer mais saudável e sustentável. Queremos também que depois de ter mais competências, a pessoa sinta motivação (Atkinson, 1964) para continuar no seu caminho de saúde e de bem-estar.

7. São várias as advertências sobre os perigos das *fake news* para a saúde mental, e profissionais de saúde têm manifestado preocupação com *fake news* sobre saúde. Quais são as principais fontes de informação credíveis em saúde e como as pessoas podem avaliar a sua credibilidade?

O que é credível deve provir de fonte credível. Quando pensamos em saúde pensamos nos profissionais de saúde, nas organizações de saúde, nas organizações de gestão de saúde e representativas das organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) através da Direção-Geral da Saúde, na Academia. Por isso é preciso estimular as pessoas a procurarem fontes credíveis.

Para se avaliar a credibilidade da informação é preciso ver a fonte. Quem diz? O que diz e como diz? Depois, deve ser avaliada a origem das organizações que disseminam as informações, os *websites* de origem dessas informações. Já existe uma série de elementos chave que marcam a credibilidade ou não de uma notícia em saúde. Agora, é preciso incentivar e apoiar as pessoas neste conhecimento. E isto é um investimento de literacia em saúde.

8. Quais são os obstáculos comuns que as pessoas encontram ao tentar aceder e compreender informações de saúde?

O acesso e a compreensão de informações de saúde podem ser desafiadores para muitas pessoas devido a diversos obstáculos. Alguns dos obstáculos comuns incluem:

- 1. Linguagem complexa:** Muitas informações de saúde são apresentadas em linguagem técnica e complexa, o que pode dificultar a compreensão para pessoas que não têm formação médica;
- 2. Termos médicos:** O uso de termos médicos e jargões pode ser confuso para o público em geral. Isso pode dificultar a compreensão das condições de saúde e tratamentos;
- 3. Dificuldade de leitura:** Pessoas com baixa literacia podem ter dificuldade em ler e entender informações de saúde escritas, especialmente se os textos forem longos e densos;
- 4. Acesso limitado à internet:** Nem todas as pessoas têm acesso fácil à internet ou dispositivos para procurar informações de saúde *online*;
- 5. Desinformação:** A disseminação de informações incorretas ou enganosas na internet pode levar as pessoas a receber informações imprecisas ou perigosas sobre saúde;
- 6. Barreiras culturais:** Diferenças culturais podem afetar a compreensão das informações de saúde. Por exemplo, práticas tradicionais de saúde podem diferir de conselhos médicos convencionais;

7. Medo e ansiedade: Muitas informações de saúde envolvem doenças graves, procedimentos médicos e tratamentos, o que pode causar medo e ansiedade nas pessoas, dificultando o processamento das informações;

8. Tempo limitado com profissionais de saúde: As consultas médicas muitas vezes são curtas, e os pacientes podem não ter tempo suficiente para colocar todas as perguntas necessárias ou entender completamente as suas condições e tratamentos.

9. Recursos limitados: A falta de recursos, como acesso a cuidados de saúde de qualidade, pode afetar negativamente a capacidade das pessoas de receber e entender informações de saúde;

10. Idioma e literacia em saúde: Para pessoas cujo idioma nativo não é o idioma em que as informações de saúde são fornecidas, a compreensão pode ser um desafio adicional;

11. Complexidade das informações: Algumas condições de saúde são altamente complexas, exigindo um entendimento profundo de biologia e medicina. Isso pode ser avassalador para muitas pessoas;

12. Educação e literacia em saúde: A educação em saúde e a literacia em saúde variam amplamente. Pessoas com educação limitada em saúde podem ter dificuldade em entender informações complexas.

Para superar esses obstáculos, é importante que os profissionais de saúde, escritores de conteúdo médico e comunicadores em saúde usem linguagem simples e acessível, forneçam recursos em vários formatos (texto, áudio, vídeo), e estejam cientes das necessidades e limitações dos públicos-alvo. Além disso, a educação em saúde e a promoção da literacia em saúde desempenham um papel fundamental na capacitação das pessoas para aceder, compreender e usar informações de saúde de forma eficaz.

9. Pode explicar-nos como a literacia em saúde afeta a tomada de decisões informadas sobre questões de saúde, como tratamentos médicos e estilo de vida?

Podemos afirmar que temos muita informação. Esta é uma verdade inegável. Mas a informação, *per si*, não tem força para mudar comportamentos.

Os dados mostram que as pessoas acabam por diminuir drasticamente a sua qualidade de vida a partir de uma certa idade. Também neste contexto, a literacia em saúde afeta de forma evidente os resultados em saúde. A tomada de decisões acertadas em todo o contínuo de vida é uma grande aspiração. Sabemos que nem sempre é assim. O Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1982) advoga que o ser humano vai estando em estádios de mudança de comportamentos. Ora anda para a frente, ora para trás. Sabendo desta fragilidade comportamental, é preciso que as comunidades se preparem e ajudem o indivíduo nesta caminhada mais saudável e com maior qualidade de vida e de bem-estar.

Podemos referir algumas formas pelas quais a literacia em saúde afeta a tomada de decisões de saúde informadas:

- 1. Compreensão das informações de saúde:** A literacia em saúde permite que as pessoas compreendam as informações de saúde que lhes são apresentadas. Isso inclui entender os riscos e benefícios de diferentes tratamentos, procedimentos médicos e opções de estilo de vida;
- 2. Avaliação crítica de fontes de informação:** Pessoas com literacia em saúde são mais capazes de avaliar criticamente fontes de informações de saúde, distinguindo entre fontes confiáveis e informações enganosas ou não verificadas;
- 3. Participação ativa nas consultas médicas:** Indivíduos literados em saúde são mais propensos a fazer perguntas durante consultas médicas, discutir opções de tratamento e tomar decisões compartilhadas com os seus médicos;
- 4. Adesão ao tratamento:** Literados em saúde são mais propensos a entender as instruções de tratamento, como doses de medicamentos e horários de administração, e a protagonizar uma adesão consistente;

5. Escolhas de estilo de vida saudável: A literacia em saúde ajuda as pessoas a entender a importância de práticas de vida saudável, como dieta equilibrada, exercício regular, sono adequado e redução do consumo de tabaco e álcool. Tais escolhas podem influenciar positivamente as escolhas de estilo de vida;

6. Tomada de decisões informadas sobre riscos e benefícios: A literacia em saúde permite que as pessoas ponderem os riscos e benefícios de diferentes opções de tratamento e estilo de vida. Isso é crucial para decisões informadas, especialmente em questões de saúde complexas;

7. Prevenção de doenças: Compreender informações sobre prevenção de doenças, como exames de triagem e vacinação, é fundamental para a tomada de decisões informadas sobre medidas preventivas;

8. Redução do medo e da ansiedade: Uma compreensão adequada da saúde e das opções de tratamento pode mitigar o medo e a ansiedade associados a doenças e procedimentos médicos;

9. Melhores resultados de saúde: A tomada de decisões informadas, baseada em literacia em saúde, pode gerar melhores resultados de saúde, incluindo recuperação mais rápida e menor incidência de complicações;

10. Empoderamento do paciente: A literacia em saúde capacita os indivíduos a tomar o controlo da sua própria saúde, tornando-se parceiros ativos na sua jornada de cuidados de saúde.

10. Quais são algumas estratégias eficazes para melhorar a literacia em saúde em diferentes grupos populacionais, como idosos, crianças ou pessoas com baixa escolaridade, que estão identificados como menos literatos em saúde?

Melhorar a literacia em saúde em diferentes grupos populacionais, incluindo idosos, crianças e pessoas com baixa escolaridade, requer abordagens adaptadas às necessidades específicas de cada grupo. Algumas estratégias eficazes para promover a literacia em saúde em grupos populacionais menos literados em saúde poderão ser:

a) Para idosos:

1. Comunicação clara e acessível: Profissionais de saúde devem usar linguagem simples, evitar jargões médicos e dar tempo para os idosos fazerem perguntas e expressarem as suas preocupações;

2. Material de leitura em tamanho legível: Textos em fontes maiores podem ser mais fáceis de ler para idosos com problemas de visão. Além disso, materiais de leitura devem ser impressos em papel de alta qualidade.

3. Envolver cuidadores, quando apropriado, na compreensão das informações de saúde e no apoio aos idosos;

4. Métodos de aprendizagem visual: Usar recursos visuais, como gráficos, diagramas e imagens, para explicar conceitos de saúde.

b) Para crianças:

1. Histórias e narrativas: Utilizar histórias e narrativas interativas para ensinar conceitos de saúde. As crianças tendem a aprender melhor quando estão envolvidas numa história;

2. Animações e vídeos: Vídeos animados podem explicar tópicos de saúde de forma visual e acessível para crianças;

3. Atividades práticas: Incorporar atividades práticas, como demonstrações de higiene pessoal, para ensinar práticas de saúde;

4. Jogos educativos: Podem ser uma maneira envolvente de ensinar sobre saúde, abordando tópicos como alimentação saudável, higiene e prevenção de doenças.

c) Para pessoas com baixa escolaridade:

1. Grupos de educação em saúde: Promover grupos de educação em saúde em que as pessoas possam aprender uns com os outros e fazer perguntas;

2. Treino em capacidades de leitura e escrita com foco em termos e conceitos de saúde;

3. Uso de recursos de áudio e vídeo para apresentar informações de saúde de forma mais acessível;

4. Uso de pictogramas e ilustrações para representar conceitos de saúde de maneira visual;

5. Apoio individualizado a pessoas com baixa escolaridade, para garantir que compreendem as informações de saúde e saibam como aplicá-las.

Independentemente do grupo populacional, é crucial envolver os membros da comunidade na criação e adaptação de recursos de saúde. Tal garante que as estratégias sejam culturalmente sensíveis e relevantes para as necessidades específicas da população-alvo. Além disso, a avaliação regular da eficácia das estratégias é importante para ajustar abordagens conforme necessário.

11. Como é que as tecnologias e plataformas digitais influenciam a literacia em saúde? Quais são os desafios associados a estas tecnologias e plataformas?

As tecnologias e plataformas digitais têm um impacto significativo na literacia em saúde, tanto positivamente quanto desafiadoramente. As tecnologias podem influenciar positivamente a literacia em saúde através de:

- 1. Acesso a informações abundantes** que a internet e as plataformas digitais proporcionam: as pessoas podem aceder a informações sobre condições médicas, tratamentos, prevenção de doenças e muito mais;
- 2. Comunicação com profissionais de saúde:** As plataformas digitais permitem que os pacientes comuniquem com os seus médicos, agendem consultas *online* e acessem a resultados de exames. Tal pode melhorar o envolvimento do paciente e a compreensão das recomendações médicas;
- 3. Aplicações móveis e dispositivos de rastreio de saúde** facilitam a monitorização da saúde e a promoção do autocuidado;
- 4. Educação em saúde *online*:** *Websites*, vídeos educacionais e recursos interativos *online* oferecem oportunidades de aprendizagem sobre saúde.

Vários desafios podem ser colocados:

- 1. Desinformação:** A disseminação de informações incorretas ou enganosas *online* é um grande desafio. As pessoas podem encontrar informações de saúde não verificadas, o que pode prejudicar a sua compreensão e contribuir para a tomada de decisões erradas;
- 2. Dificuldade de avaliação:** Determinar a qualidade e a confiabilidade das fontes de informações de saúde *online* pode ser difícil. Muitas pessoas não têm a capacidade de avaliar criticamente as informações que encontram;

3. Barreiras de acesso digital: Nem todos têm acesso igual à tecnologia digital. As barreiras de acesso, como falta de conexão à internet ou dispositivos, podem limitar o acesso;

4. Excesso de informações: A quantidade esmagadora de informações disponíveis *online* pode ser avassaladora. As pessoas podem sentir-se sobrecarregadas e confusas ao tentar encontrar informações relevantes;

5. Linguagem complexa: Muitas informações de saúde *online* ainda são apresentadas em linguagem técnica e complexa, tornando-as incompreensíveis para algumas pessoas;

6. Privacidade e segurança: A partilha de informações pessoais de saúde *online* pode suscitar preocupações com privacidade e segurança. As pessoas precisam estar cientes dos riscos e tomar medidas para proteger os seus dados;

7. Disparidades digitais em saúde: Algumas populações podem enfrentar disparidades digitais em saúde, com acesso limitado a tecnologia ou défices de habilidades digitais.

12. Como avalia a relação entre a literacia em saúde e a comunicação?

A comunicação é o instrumento, por excelência, da literacia em saúde. Com a literacia em saúde, queremos cumprir a sua matriz e melhorar e reforçar o acesso, compreensão, avaliação e uso dos recursos de saúde. Como fazemos isso? Com uma boa comunicação em saúde, adaptada aos segmentos e ajustada aos contextos. Assim, nota-se a necessidade de conduzir uma comunicação e arte de envolver e persuadir, de forma ética, a pessoa a seguir por rotas e estilos de vida mais saudáveis, tanto para ela como para as pessoas que ela pode influenciar (filhos, pessoas mais velhas, amigos, etc.).

A comunicação é o verdadeiro catalisador da eficácia da literacia em saúde. Queremos aumentar as competências do conhecimento, da capacidade e das atitudes e a comunicação em saúde assertiva, clara e positiva permite alcançar melhores metas a nível individual, grupal, societal.

13. Como é que os profissionais de saúde podem ajudar a promover a literacia em saúde entre os seus pacientes e comunidades?

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na promoção da literacia em saúde entre os seus pacientes e comunidades. Algumas maneiras pelas quais eles podem contribuir para melhorar a literacia em saúde são:

- 1. Comunicação assertiva, clara e positiva (modelo ACP):** Os profissionais de saúde devem ser respeitadores, afirmativos, seguros da informação e orientações de saúde que apresentam, usar linguagem simples e, assim, acessível e enunciações positivas, de modo a fomentar a ação dos pacientes. Evitar jargões médicos e explicar os termos técnicos quando necessário ajudam os pacientes a entenderem melhor as suas condições de saúde e opções de tratamento;
- 2. Escuta ativa:** Ouvir atentamente os pacientes é essencial para entender as suas preocupações e responder às suas perguntas. Encorajar os pacientes a fazer perguntas e a expressar as suas preocupações ajuda a construir uma relação de confiança;
- 3. Personalização da educação em saúde:** Adaptar a educação em saúde às necessidades individuais dos pacientes é importante. Tal opção pode incluir o uso de exemplos específicos e abordagens de aprendizagem que se adequem ao paciente;
- 4. Uso de recursos visuais:** Utilizar recursos visuais, como gráficos, diagramas e folhetos, pode ajudar a explicar informações de saúde de forma mais clara e memorável;
- 5. Recurso a demonstrações práticas** como a forma correta de tomar medicamentos ou realizar exercícios;
- 6. Fornecimento de recursos confiáveis,** como *websites* de organizações médicas respeitáveis e literatura credível e revista por pares;

7. Promoção da literacia em saúde: Os profissionais de saúde podem oferecer programas ou fazer o encaminhamento para programas de literacia em saúde, especialmente para pacientes com baixa literacia em saúde;

8. Envolvimento da família e cuidadores na educação em saúde, para que eles também possam apoiar o paciente em casa;

9. *Follow-up* e verificação de compreensão: Após a educação em saúde, os profissionais de saúde devem fazer follow-up com os pacientes para verificar se eles entenderam as informações e se estão seguindo as recomendações;

10. Modelação comportamental: Os profissionais de saúde podem servir como modelos de comportamento saudável, demonstrando práticas de vida saudável na sua própria conduta;

11. Sensibilidade cultural: Reconhecer e respeitar as diferenças culturais dos pacientes, incluindo compreender as crenças e práticas de saúde culturalmente específicas;

12. Promoção da literacia em saúde comunitária: Além do atendimento individual, os profissionais de saúde podem participar em iniciativas de promoção da literacia em saúde nas suas comunidades, como *workshops*, palestras ou grupos de educação em saúde.

14. A literacia em saúde é uma competência *ongoing*. Que recomendações faz a quem queira manter um nível de literacia em saúde elevado?

Praticar, praticar. Há evidências de que, quando se pratica, quando se aplicam as competências e se faz um esforço por as desenvolver, o nível de literacia em saúde mantém-se ou mesmo sobe. O caso da Holanda é flagrante, no qual pessoas mais velhas têm maior nível de literacia em saúde. Estamos a falar aqui de conhecimentos, capacidade e atitudes perante a vida numa perspetiva biopsicossocial. Informação por si não basta. É preciso operacionalizar.

15. Quais antevê serem as principais tendências e futuros desenvolvimentos no campo da literacia em saúde?

Parece-me que o maior conhecimento das emoções humanas, um grande desabrochar das ciências comportamentais. Por outro lado, o campo digital está a implementar-se muito rapidamente. Para além de uma literacia em saúde digital, é preciso adquirir mais conhecimentos sobre o enorme potencial da inteligência artificial como suporte de algumas decisões de caminhos da literacia em saúde. Toda a informação pode estar na palma da mão. É preciso que seja uma boa informação que não faça mal às pessoas e as deixe seguras.

16. Como as políticas públicas podem contribuir para otimizar o nível de literacia em saúde de uma população?

A literacia em saúde está cada vez mais no centro das atenções dos programas de saúde europeus. Contudo, apesar de existirem vários estudos que abordem o estado de literacia em todo o mundo, poucos são os que se realizam na Europa.

Algumas formas de contributo das políticas públicas para otimizar o nível de literacia em saúde de uma população são:

1. Educação em saúde nas escolas: Políticas que incorporam a educação em saúde nos currículos escolares, incluindo tópicos relacionados com nutrição, higiene, prevenção de doenças e tomada de decisões de saúde informadas, podem ajudar a melhorar a literacia em saúde desde cedo;

2. Campanhas de consciencialização: O governo pode lançar campanhas de conscientização em saúde pública para informar a população sobre questões de saúde importantes e promover a compreensão de informações cruciais, como os benefícios da vacinação ou a importância da prevenção de doenças;

3. Acesso a recursos de saúde em linguagem simples: As políticas podem incentivar ou exigir que as informações de saúde, presentes em documentos de informação ao paciente, materiais educacionais e recursos *online*, sejam disponibilizadas em linguagem simples e acessível;

4. Treino de profissionais de saúde: Políticas podem exigir que os profissionais de saúde recebam treino em comunicação eficaz com os pacientes, especialmente em relação à simplificação de informações médicas complexas;

5. Promoção da literacia em saúde: Políticas podem promover programas de literacia em saúde, oferecendo recursos e apoio para adultos que precisam melhorar as suas capacidades de leitura e compreensão de informações de saúde;

6. Regulamentação de publicidade de produtos de saúde: Regulamentações podem ser implementadas para controlar a publicidade enganosa de produtos de saúde, garantindo que as informações sejam precisas e não enganosas para o público;

7. Apoio à pesquisa em literacia em saúde: Financiamento e suporte à pesquisa em literacia em saúde podem ajudar a identificar melhores práticas e estratégias eficazes para melhorar a compreensão de informações de saúde;

8. Parcerias com organizações comunitárias: Políticas públicas podem apoiar parcerias entre agências governamentais e organizações comunitárias para levar informações de saúde e educação diretamente às comunidades;

9. Acesso à saúde equitativo: Seguros de saúde acessíveis e atendimento médico de qualidade garantem que todas as pessoas tenham a oportunidade de aceder a informações e cuidados de saúde adequados;

10. Avaliação de intervenções em literacia em saúde: Políticas podem exigir avaliações regulares de programas e intervenções em literacia em saúde para garantir que estão a produzir resultados positivos e eficazes;

11. Promoção de estilos de vida saudáveis: Políticas que promovem ambientes saudáveis, como regulamentações sobre alimentos e bebidas, podem contribuir para uma população mais saudável, reduzindo a necessidade de informações complexas sobre tratamentos médicos;

12. Acesso à internet e tecnologia: Políticas que promovem o acesso à internet e à tecnologia também podem melhorar a literacia em saúde, uma vez que muitas informações de saúde são agora acedidas por via *online*.

17. Que avaliação faz à investigação académica e científica sobre literacia em saúde?

Precisamos de mais investigadores. Mas com reflexões para a ação e intervenção no terreno. Não basta o conhecimento científico, é preciso que ele seja utilizado como ferramenta de mudança. A ciência resguarda-nos, mas não pode tapar a decisão e a aplicação nos vários contextos. Para isso, não basta medir, é preciso haver consequências da medição.

18. Qual o segredo para uma sociedade literada em saúde?

Esperança, respeito e solidariedade entre as pessoas e também competências, isto é, mais conhecimento, mais capacidades e atitudes perante os desafios que a vida nos traz.

Diretora e coordenadora científica:

Célia Belim, Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde; Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Centro de Administração e Políticas Públicas

Conselho Científico:

Célia Belim, Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde; Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Centro de Administração e Políticas Públicas

Cristina Vaz de Almeida, Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde; Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Centro de Administração e Políticas Públicas

Isabel Fragoeiro, Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde; Escola Superior de Saúde, Universidade de Madeira

Equipa Técnica:The logo for onYa, featuring the word 'onYa' in a bold, lowercase, sans-serif font. The 'o' and 'n' are in a teal color, while the 'y' and 'a' are in a darker teal or black color.

