

# **O grande desafio da saúde contemporânea**

## **Monografia sobre Literacia em Saúde em Portugal**

**Ana João Gonzaga Silva Ferreira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
mestrado integrado

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco  
Co-orientador: Doutora Rita Santinho Costa  
Co-orientador: Doutor Duarte Nuno Ferreira de Faria e Meneses

**abril de 2023**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Ana João Gonzaga Silva Ferreira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39642 de Medicina da Faculdade das Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 15 / 04 / 2023

  
(assinatura)



# **Dedicatória**

*Para os que são recheados do verdadeiro conhecimento,*

*Os idosos.*



# Agradecimentos

*Obrigada a mim! Por ter conseguido chegar até aqui.*

*Mãe, Pai, avó. Obrigada por me permitirem ser tudo aquilo que sou.*

*À Olivia, ao José Cláudio e ao Joaquim por serem os meus portos de abrigo e de desespero. São os melhores animais do mundo.*

*Carolina, Beatriz e Filipa... obrigada pela vossa amizade. São a família que eu escolhi.*

*Uma grande obrigada ao meu orientador, o Prof Dr Miguel Castelo Branco e aos meus coorientadores Dra Rita Costa e Dr Duarte Meneses por toda a disponibilidade e ajuda ao longo da construção deste trabalho.*

*Mas mais importante,  
Maninha, Obrigada!*



*“Não ergam a voz. Ergam as Palavras.  
É a chuv’a que rega as plantas, não a trovoadas.”  
Rumi*



## Resumo

A literacia em saúde engloba todo o conhecimento, motivação e competências para aplicar e aceder a informação sobre saúde. Cidadãos capacitados, devem conseguir tecer julgamentos e decidir corretamente sobre temas como saúde e a sua promoção, assim como a prevenção da doença. É hoje considerado um conceito essencial em saúde pública (1).

Dada a exponencial expansão de meios e formas de transmissão de informação, assim como a grande facilidade de acesso à mesma, torna-se imperativo formar e capacitar a população neste tema tão sensível.

Evidência científica mostra que, comparando indivíduos com altos níveis de literacia em saúde, os que a não têm, apresentam maior probabilidade de interpretar de forma errónea a informação, sentem dificuldade em seguir as orientações médicas, usam inapropriadamente e inadequadamente os serviços de saúde, têm maior debilidade ao nível da saúde física e mental, altas taxas hospitalizações, bem como menor expectativa de vida (2).

Desde os *media* à comunicação entre utentes e profissionais, passando pelos momentos em sala de espera, ou as próprias prescrições médicas, são vários os mecanismos e potenciais armas de combate à falta de literacia em saúde em Portugal.

Nesta monografia pretende-se estabelecer e definir estratégias de melhoria e *empowerment* da comunidade, sempre com o intento de evoluir perante este grande desafio da saúde contemporânea.

## Palavras-chave

Literacia em Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Saúde Pública; *Empowerment*; Outcomes



# **Abstract**

Health Literacy encompasses all the knowledge, motivation and skills to apply and access health information. Empowered citizens, should be able to make sound judgments and decisions in daily life, concerning issues as health and its promotion, as well as the prevention of disease. It is now considered as essential concept in public Health (1).

Given the exponential expansion of means and forms of information transmission, as well as the great ease of access to it, it becomes imperative to train the population in this very sensitive topic.

Scientific evidence shows that, compared to individuals with high levels of health literacy, those who do not have it, are more likely to misinterpret health information, have difficulty following medical guidelines, use healthcare services more inappropriately, have weak physical and mental health, high hospitalization rates, as well as lower life expectancy (2).

From the media to communication, between users and professionals, passing through moments in the waiting room, or the medical prescriptions themselves, there are several mechanisms and potential weapons to combat the lack of health literacy in Portugal.

This monograph intends to establish and define strategies for improving and empowering the community, always with the intention of evolving with this grate challenge of contemporary health.

## **Keywords**

Health Literacy; Primary Health Care; Public Health; Empowerment; Outcomes



# Índice

<i>Dedicatória</i> .....	5
<i>Agradecimentos</i> .....	7
<i>Resumo</i> .....	11
<i>Palavras-chave</i> .....	11
<i>Abstract</i> .....	13
<i>Índice</i> .....	15
<i>Lista de Figuras</i> .....	17
<i>Lista de Acrónimos</i> .....	19
<i>Capítulo 1 - Introdução</i> .....	21
1.1 Contextualização .....	21
1.2 Método de Investigação .....	24
<i>Capítulo 2 – Enquadramento teórico</i> .....	25
2.1 Definição de Literacia em saúde .....	25
2.2 Níveis de Literacia em Saúde e Modelo Conceptual.....	25
2.3 Literacia em Saúde e <i>Empowerment</i> .....	28
2.4 Implicações dos baixos níveis de Literacia em Saúde .....	29
<i>Capítulo 3 – Literacia em Saúde em Portugal</i> .....	31
3.1 Portugal e a sua realidade .....	31
3.2 Medidas Implementadas .....	37
<i>Capítulo 4 - Propostas</i> .....	39
4.1 Media .....	39
4.2 Salas de Espera .....	42
4.3 Receitas.....	44
4.4 Comunicação médico-doente .....	47
<i>Capítulo 5 - Conclusão</i> .....	50
<i>Referências</i> .....	52



# Lista de Figuras

Figura 1. Pirâmide etária Portugal 2009 a 2019. Observatório das Migrações.....	21
Figura 2. Proporção de mortes em idade prematura. Madeira, 2016.....	22
Figura 3. Literacia em saúde no ciclo de vida, Telo de Arriaga et al., 2019 .....	23
Figura 4. Capacitação e Empowerment pessoal de acordo com os níveis de literacia .....	26
Figura 5. Modelo Concetual de Literacia em Saúde, Sørensen et al., 2015.....	27
Figura 6. Relação entre Baixo nível de Literacia em Saúde e qualidade de vida. Direção Geral de Saúde, 2019 .....	29
Figura 7. Índices de Literacia em Saúde em Portugal e na Europa. Literacia em Saúde em Portugal, 2016.....	32
Figura 8. Níveis de Literacia em Saúde (índice geral), em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%). Literacia em Saúde em Portugal, 2016.....	33
Figura 9. Níveis de literacia em cuidados de saúde, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%). Literacia em Saúde em Portugal, 2016.....	33
Figura 10. Níveis de literacia em promoção de saude, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%). Literacia em Saúde em Portugal, 2016.....	33
Figura 11. Níveis de literacia em prevenção da doença, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%). Literacia em Saúde em Portugal, 2016.....	33
Figura 12. Literacia geral em Saúde (%). Níveis de Literacia em Saúde, Portugal, 2021.....	34
Figura 13. Dimensões da literacia em saúde (%). Níveis de Literacia em Saúde, Portugal, 2021 .....	35
Figura 14. Competências específicas da Literacia em Saude (%). Níveis de Literacia em Saúde, Portugal, 2021 .....	35
Figura 15. Módulos adicionais sobre Literacia em Saude (%). Níveis de Literacia em Saúde, Portugal, 2021.....	36
Figura 16. Associação de imagens à indicação terapêutica. Literacia em Saúde, Portugal, 2016.....	45
Figura 17. Associação de imagens à posologia e respetiva descrição em braile. Literacia em Saude, Portugal, 2016 .....	46
Figura 18. Técnicas de melhoria de comunicação. Literacia em Saude, Portugal, 2016.....	49



## **Lista de Acrónimos**

SP	Saúde Pública
UBI	Universidade da Beira Interior
LS	Literacia em Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
DNT	Doença Não Transmissível
SASU	Serviços de Atendimento de Situações Urgentes
CSP	Cuidados de Saúde Primários
SU	Serviços de Urgência
OMS	Organização Mundial de Saúde
GRT	Gestão de Regime Terapêutico
EMO	Etiqueta de Medicação Orientadora



# Capítulo 1 - Introdução

## 1.1 Contextualização

Não só no mundo em que nos encontramos, mas também naquele para o qual caminhamos a passos largos, deparamo-nos com uma população cada vez mais envelhecida (3). Portugal não é diferente. A inversão da pirâmide etária, atendendo ao topo e à base, está bem documentada, sendo que os últimos dados, segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2019, existiam cerca de 163,2 idosos (maior ou igual a 65 anos) por cada 100 jovens (menos de 14 anos). Estima-se que entre 2018-2080 estes números se alterem para 300 idosos por cada 100 jovens.

É de notar a desigual distribuição da população idosa. A região litoral é, claramente, mais rejuvenescida do que o interior sendo que há níveis evidentes de envelhecimento em todo o país (4). Esta tendência de evolução é inalterável, pelo que se pode constatar nos cenários demográficos das próximas décadas (3).

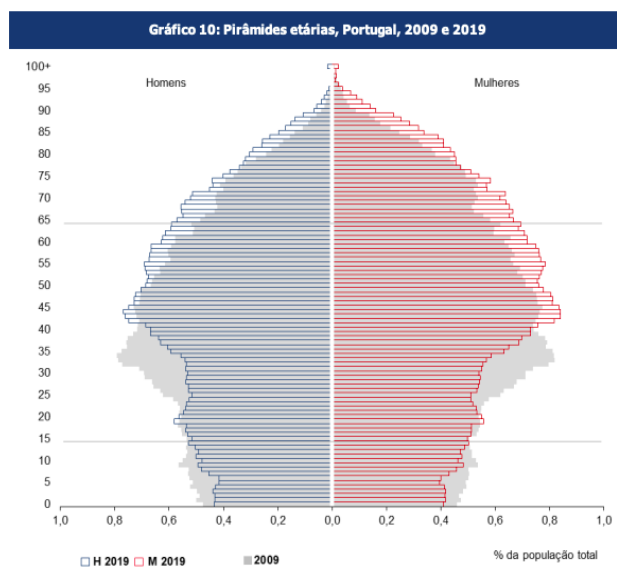


Figura 1. Pirâmide etária Portugal 2009 a 2019. Observatório das Migrações

A esperança média de vida aos 65 anos aumentou, nos últimos dez anos, 5,5 meses para os homens e 7,2 meses para as mulheres. No sentido oposto, a natalidade que, em 2019, era de 1,42 filhos por mulher em idade fértil, apresenta-se, neste momento, com tendência negativa, explicada pela diminuição do número de mulheres em idade fértil (tendência que se tem vindo a manter).

Toda esta panorâmica explica a evolução desajustada da população.

É sabido que, a esperança média de vida aumentou (5). No entanto, viver mais anos, não significa, necessariamente, vivê-los com mais saúde. O indicador “Esperança de Vida Saudável” é importante, e define os anos médios que as pessoas vivem, sem qualquer

problema de saúde, ou problema limitador da atividade diária. No caso de Portugal, este indicador apresenta um valor de 7,3 anos aos 65 anos (abaixo do valor da média europeia - 10 anos) (5).

As doenças crónicas são consideradas as maiores causadoras de morbimortalidade. Sendo, atualmente, um dos grandes problemas de saúde pública à escala mundial. São, talvez, as grandes responsáveis pela luta constante dos serviços de saúde no mundo (6).

Segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde, prevê-se que em 2030, 52 milhões de mortes dever-se-ão a doenças não-transmissíveis (DNTs), passíveis de prevenção, um aumento significativo, comparativamente aos 38 milhões em 2012 (7). As DNTs correspondem a mais de 52% das causas de morte prematura (antes dos 70 anos). As doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças respiratórias crónicas e diabetes mellitus são responsáveis por 82% de todas as mortes por DNTs (8).

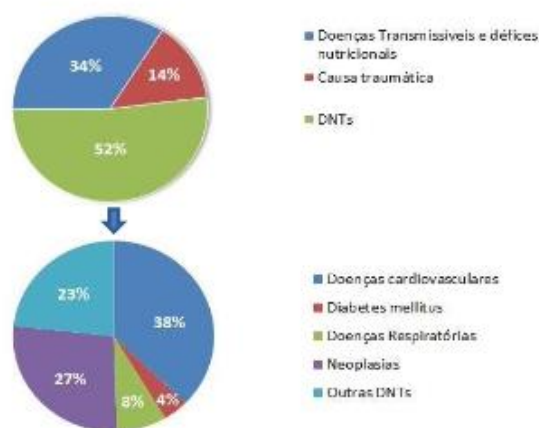


Figura 2. Proporção de mortes em idade prematura. Madeira, 2016

Quanto mais cedo se atuar na prevenção dos indivíduos e da comunidade, de forma a alterar este paradigma, maior a probabilidade de se alterar os outcomes das doenças em questão, assim como da relação custo/benefício para o SNS (8).

A satisfação do idoso relativa ao suporte social e avaliação das suas necessidades é fundamental em todo o processo do envelhecimento. Está estudado que o isolamento social e o sentimento de solidão, causado pela falta de apoio social, se associa a maior probabilidade de desenvolver demência a longo prazo, institucionalizações prescindíveis, bem como agravamento do estado físico e cognitivo (4). Do mesmo modo, e de acordo com o mesmo autor, a participação e integração em atividades sociais, terá um efeito protetor no declínio cognitivo dos idosos e no seu equilíbrio emocional em geral.

De maneira a melhorar e garantir intervenções na área da prevenção, a literacia em saúde (LS), tem sido uma arma essencial nas últimas décadas, tendo sido incorporada nas campanhas de Saúde Pública (SP) elaboradas por vários países a nível mundial.

Também em Portugal, esta atitude tem sido, nas últimas décadas, identificada como a trajetória para a melhoria dos cuidados em saúde e assumida como uma preocupação na definição de políticas de saúde, contemplada inclusivamente no Plano Nacional de Saúde (PNS) (9).

A Direção Geral de Saúde (DGS) refere, no PNS, a necessidade de “promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos” promovendo a sua autonomia e responsabilização em relação à sua saúde (10).

Está documentado o efeito negativo dos baixos níveis de LS na vida dos indivíduos e dos seus cuidadores. Há, efetivamente, uma relação estabelecida, entre este parâmetro e a baixa escolaridade, maiores níveis de pobreza, exclusão social e idade. Este último fator é fundamental, dado a conjuntura epidemiográfica da população portuguesa (11).

A literatura refere que os idosos (enquadrados nos grupos vulneráveis) são os mais afetados pelos inadequados níveis de LS, e em quem se faz sentir, de forma mais acentuada, os seus graves efeitos (11).

As abordagens em Literacia devem contemplar as especificidades de cada fase do desenvolvimento do indivíduo, sendo a LS uma oportunidade de promover a saúde de forma contínua ao longo de todo o ciclo de vida (12).

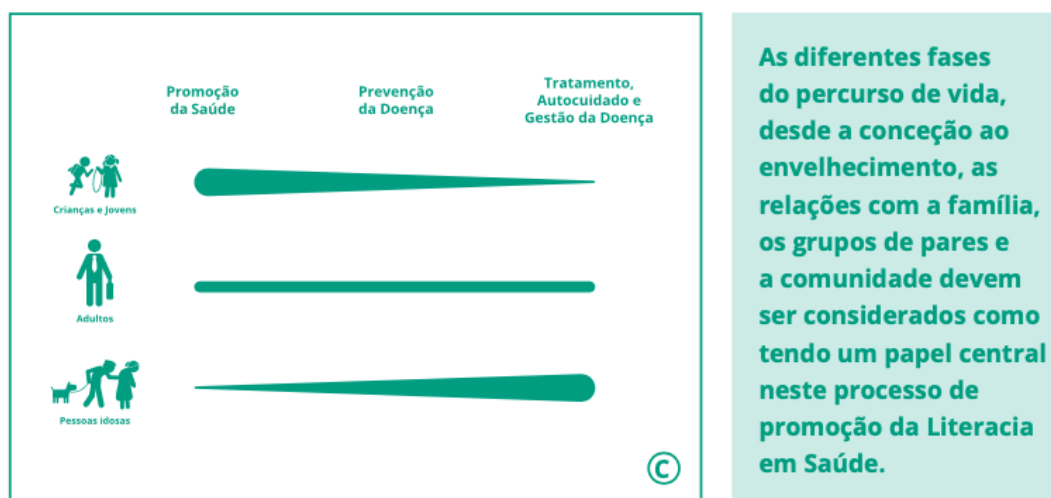


Figura 3. Literacia em saúde no ciclo de vida, Telo de Arriaga et al., 2019

Tendo por base a premissa “No contexto clínico, a literacia em saúde é encarada como um fator de risco” neste trabalho pretende-se contribuir para o conhecimento atual sobre o tema reforçando a sua importância à escala global (13).

Esta monografia, atribuirá especial relevo à população idosa, visto ser a população que, no futuro, enquanto médicos, mais se poderá encontrar.

## 1.2 Método de Investigação

Para efetuar esta pesquisa bibliográfica utilizou-se principalmente a base de dados PubMed, incluindo especialmente as seguintes palavras-chave: “Health Literacy” AND (Elderly population OR Old OR Aged) OR “Primary Prevention” OR “Health Communication” OR “Health Literacy” AND (Media OR Journalism OR Prescriptions) OR “Health Literacy” AND “Empowerment”.

Foram consultados livros sobre Literacia em Saúde assim como informação disponível no site e nas orientações da Direção geral de Saúde.

De igual forma, incluíram-se publicações fornecidas pelo orientador e co-orientadores desta monografia, entendidas, pelos mesmos, como pertinentes.

## Capítulo 2 – Enquadramento teórico

### 2.1 Definição de Literacia em saúde

A LS, ao longo das últimas décadas, tornou-se uma área de interesse e mediatismo para a sociedade moderna. Ao contrário da sua expansão e aprofundamento, a sua definição, foi sofrendo várias alterações e ajustes, com o objetivo de tentar compatibilizar toda a sua essência (14).

O conceito surgiu em 1974 num artigo intitulado «Health education as social policy» (15), intimamente ligado às questões de promoção de saúde. Atualmente, assume-se como uma ferramenta fundamental para «navegar» nos sistemas de saúde, cada vez mais complexos (9). Segundo o autor, a conceção do termo evoluiu de uma definição meramente cognitiva, para uma que engloba as componentes pessoal e social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia, em contexto de saúde.

A OMS definiu, em 1998, LS, como as competências cognitivas e sociais necessárias para ter acesso, compreender e usar informação, de modo a promover a saúde (16). Em 2013 esta definição foi atualizada, passando a incluir a motivação como ponto fundamental para aquisição de competências. Foi igualmente valorizada a avaliação de informação disponível, no processo de tomada de decisão, sobre saúde, no quotidiano (13).

“A LS pode também ser entendida como determinante, mediador e moderador de saúde, constituindo uma das portas de entrada da população no acesso à melhoria da saúde” (17).

É clara a quantidade e diversidade de definições para este conceito. A LS é um direito de cidadania e parte fundamental das aptidões necessárias para operar na sociedade moderna (18).

Simplificando, e tendo em conta a minha opinião, pode dizer-se que existe LS, quando uma pessoa tem a capacidade de perceber, interpretar, procurar e aplicar informação sobre saúde na sua própria vida. O objetivo, será sempre, a prevenção e controlo das doenças, assim como a melhoria dos *outcomes* gerais e a sua qualidade de vida.

### 2.2 Níveis de Literacia em Saúde e Modelo Conceptual

Para o Modelo de Nutbeam, a LS tem por base dois elementos fundamentais: as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*) (19). A literacia baseada nas tarefas prende-se com a capacidade dos indivíduos realizarem determinadas tarefas, como ler um texto básico ou

escrever frases simples. Na literacia baseada na competência, enquadra-se as aptidões e habilitações que as pessoas têm para realizar tais tarefas.

O mesmo autor considera 3 níveis de literacia. No primeiro nível tem-se a literacia funcional ou básica, em que o indivíduo adquire conhecimento relativamente a conceitos e palavras sobre saúde, utilização de serviços de saúde e do risco em saúde. Num segundo patamar, encontra-se a interativa ou comunicacional. O seu objetivo passa por desenvolver a capacidade de extrair e interpretar informação, assim como debater ideias com outras pessoas, estimulando a sua motivação e autoconfiança em aspetos relacionados com a saúde. Por fim, e no topo, possuindo aptidões mais avançadas, tem-se a LS na sua forma crítica. Aqui, propõe-se aumentar o conhecimento do indivíduo, com o intuito de pensar de forma crítica, verificar a credibilidade das informações e alterar os seus comportamentos com a finalidade de otimizar a sua saúde (13).

Através esta classificação, verifica-se que, nos diferentes níveis de literacia, há uma maior e mais especializada capacitação, assim como *empowerment* pessoal, passando de um primeiro nível, mais limitado, para um último, com capacidades muito mais avançadas (19).

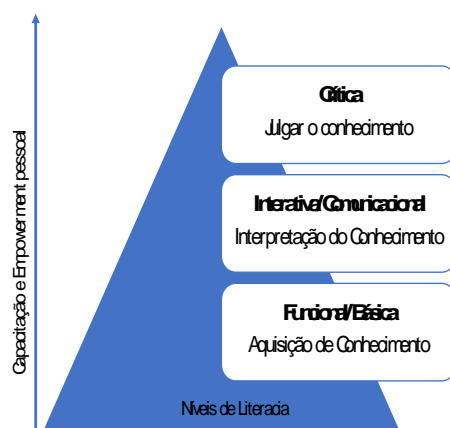


Figura 4. Capacitação e *Empowerment* pessoal de acordo com os níveis de literacia

Sabe-se que, a população com níveis mais avançados de LS, apresenta melhores níveis de fluência em leitura, e melhor capacidade de entender e gerir as informações que lhes são transmitidas pelos profissionais de saúde. Da mesma forma, tende a procurar informação em diversas fontes (20). Por outro lado, a presença de baixos níveis de LS, associa-se a determinadas características pessoais, como o status socioeconómico, etnia, escolaridade ou idade (21).

Muitas foram as tentativas de desenvolver um modelo conceptual que transportasse uma clara realização do conceito, no entanto, nenhuma foi suficientemente abrangente para alcançar tal proposto. São vários os fatores que levaram a este insucesso, tais como (22):

- 1) não considerar a constante mudança e evolução da literacia em saúde;
- 2) teoricamente, não se encontram bem fundamentados;
- 3) não explicam a LS como um processo evolutivo, envolvendo várias fases ou etapas incluindo acesso, compreensão, processamento e comunicação de informação;
- 4) a maioria dos modelos propostos não foram empiricamente validados.

Tendo em conta estas falhas, Sorensen e os seus colaboradores, realizaram uma revisão de literatura sobre os modelos e as definições de LS, desenvolvendo um modelo conceptual, constituído pelas principais dimensões da LS, assim como pelos principais antecedentes e conseqüências (23).

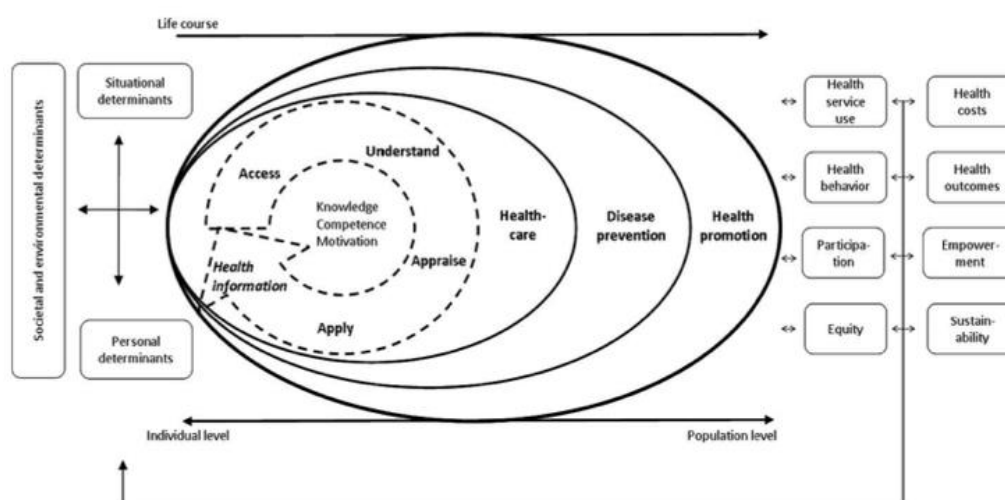


Figura 5. Modelo Conceptual de Literacia em Saúde, Sørensen et al., 2015

No modelo proposto, encontram-se realçadas, dentro da forma oval, as principais dimensões da LS, mostrando os fatores que nela vão ter impacto, assim como a interação com os resultados em saúde.

No seu núcleo, localizam-se as quatro principais competências: acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relacionada com saúde. Relaciona-se o acesso com a capacidade do utente procurar, encontrar e obter informação em saúde; compreensão é a capacidade de entender essa mesma informação; a avaliação é a aptidão de interpretar, filtrar, julgar e avaliar o conteúdo; por fim a aplicação/utilização é a forma de comunicar e usar essa informação, permitindo tomadas de decisão, sempre com o objetivo de melhorar ou manter a saúde (22).

Para além disto, o indivíduo, dependendo da obtenção ou não destas competências, pode relacionar-se de forma diferente com os 3 domínios do processo de saúde: Cuidados de saúde (curativos/paliativos), Prevenção da doença e Promoção da saúde. Estando doentes integram os cuidados de saúde; quando em risco de doença, incorporam o domínio da prevenção e, enquanto cidadãos, alinham com os esforços globais de promoção de saúde na comunidade (22).

Para além dos componentes de LS, este modelo evidencia os principais antecedentes e consequências da LS. Entre os fatores que a afetam, pode ter-se fatores distais como determinantes sociais e ambientais (situação demográfica, cultura, idioma) ou fatores proximais, relacionados com as características pessoais (idade, sexo, raça, educação) (22).

Em suma, a LS depende de variadíssimos fatores internos e externos permitindo uma melhor ou pior capacitação, relativa à auto-gestão de saúde. Resta assim, a influência na capacidade de compreensão, gestão e investimento, sendo estes elementos fundamentais para a adoção de melhores estilos de vida (21).

## 2.3 Literacia em Saúde e *Empowerment*

O termo *empowerment* teve o seu pico de uso na década de 90 (18). Pode ser visto como o processo de cultivar o poder dos indivíduos, através da partilha de conhecimento, levando à mudança de comportamentos próprios e dos outros, visando melhorar a qualidade de vida.

O *empowerment* dos cidadãos, assumiu um lugar de destaque na visão de saúde ideal, seguindo a Carta de Ottawa de 1986, onde se propunha que “A promoção de saúde é o processo de permitir que as pessoas aumentem o controlo e melhorem a sua saúde”. Para uns, é visto como uma dimensão relacional (médico-doente), onde há a necessidade de se criar estruturas igualitárias, com uma distribuição equitativa de poder entre profissionais e pacientes. Para outros, a visão é relativamente mais individualista. Foca na escolha informada, na sensação de poder do utente, transmitindo-lhe autoestima e uma maior capacidade de autonomia na gestão do seu estado de saúde (24).

A LS é parte integrante do processo de *empowerment*. Nem sempre uma elevada LS se traduz num elevado poder de decisão em saúde. O desencontro dos dois leva a consequências negativas, conduzindo os utentes à realização de más escolhas relativas à sua saúde e ao uso dos serviços de saúde (18).

Pensa-se que uma das razões para os resultados menos positivos de várias políticas de melhoria da LS seja a falta de preocupação relativa ao *empowerment*. Por vezes é preferível realçar o “poder” e “capacidade” do indivíduo, do que focar apenas no cumprimento das normas instituídas (25).

É claro que, para que haja níveis de LS adequados, tem de haver uma partilha de poder e responsabilidade com os utentes. Através desta capacitação e *empowerment*, a comunidade sentir-se-á dotada de ferramentas para tomar decisões sobre a sua saúde e gestão das suas doenças.

## 2.4 Implicações dos baixos níveis de Literacia em Saúde

Está mais do que estabelecida, a direta relação entre os níveis de literacia, e o estado de saúde das pessoas (26). Indivíduos com baixos níveis de LS, apresentam menor capacidade de interpretar informação escrita e oral, fornecida pelos profissionais de saúde; são menos capazes de se orientar no sistema de saúde com o intuito de obter os serviços necessários; apresentam maior dificuldade em realizar procedimentos necessários e seguir indicações prescritas (9). Como consequência direta, haverá custos muito elevados e muitas vezes desnecessários (27).

Uma LS inadequada (quando comparada com um grau adequado) está fortemente relacionada com um baixo conhecimento, ou compreensão, quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde. Estará também associada a uma maior probabilidade de hospitalizações, maior prevalência e severidade de doenças crónicas, piores condições gerais de saúde, e uma baixa utilização dos serviços de prevenção de doenças (28).

Baixo nível de LS tem vindo a ser identificado como fator de risco para várias doenças como obesidade (29), diabetes mellitus (30), doenças cardiovasculares (31), cancro (32). Destaca-se a relação entre os baixos níveis de literacia e as elevadas taxas de mortalidade. O risco de mortalidade nos idosos é claramente superior, uma vez que existe maior dificuldade em cumprir a terapêutica instituída, menor competência na interpretação de informação de saúde e na existência de piores condições de saúde geral neste grupo populacional (33).



Figura 6. Relação entre Baixo nível de Literacia em Saúde e qualidade de vida. Direção Geral de Saúde, 2019

Nesta linha de pensamento, os programas de autogestão de saúde e empowerment, assim como o desenvolvimento de plataformas e/ou materiais específicos para a promoção de LS, parecem ser efetivos na redução da prevalência destas doenças.

No extremo oposto, níveis adequados de LS aparentam resultar em melhorias na condição de saúde das pessoas.

Não se pode pensar em melhorar os serviços de saúde, sem pensar, paralelamente, na redução dos custos, a isto associados. Sabe-se que, a baixa LS tem um preço muito alto para o SNS (9).

Situações crónicas como, por exemplo, cancro, diabetes e doenças cardio-vasculares acarretam custos elevadíssimos. Ao se atuar na prevenção e na melhoria do grau de literacia associado a estas doenças, contribui-se para uma maior e melhor adesão a planos de rastreio e tratamento mais precoces, diminuindo assim os encargos (9).

Foi também comprovado que, indivíduos com baixos níveis de LS, apresentam ideias e experiências negativas em relação à sua saúde, pois possuem menos conhecimento em relação aos seus problemas. Desta forma, ao cometerem mais erros na autoadministração de medicamentos, agravam o seu estado de saúde e aumentam os gastos para todo o sistema (34).

A LS tem impacto na forma como se tomam decisões acertadas em relação à saúde. Afetando a qualidade de vida própria e das pessoas próximas assim como de dependentes, bem como, o sistema de saúde, há implicações nas despesas e custos assim como na organização e gestão de todo o sistema (11).

# Capítulo 3 – Literacia em Saúde em Portugal

## 3.1 Portugal e a sua realidade

O termo LS foi introduzido em 1970 e desde essa altura se debate sobre a melhor e mais completa definição do termo. Tendo em conta a falta de consenso em relação ao assunto, Sørensen and colleagues, from the Consortium of the European Health Literacy Project (HLS-EU 2009–2012) realizaram um estudo, com o objetivo de propor uma definição integrada e um modelo compreensivo de LS (22).

Neste estudo criou-se um questionário de medição de LS da população geral, o HLS-EU-Q47. Este documento contém 47 itens sobre 12 subdomínios (35). É também suplementado com uma secção adicional de 39 itens, referentes a determinantes e consequências evidenciadas no modelo concetual (HLS-EU-Q86) usado em 2011, no primeiro estudo comparativo do grau de LS na europa (HLS-EU) (23).

Este primeiro estudo incluiu 8 dos 27 países da União Europeia: Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha contemplando 8000 participantes. Objetivaram-se níveis preocupantes e desiguais de alfabetização em saúde (geral) entre e dentro dos países (1).

Mais de 10% da população inquirida tinha um nível inadequado de LS, e esta proporção variava entre 1,8% na Holanda e 26,9% na Bulgária. Quase 50% dos cidadãos apresentavam níveis limitados de LS variando entre 28,7% na Holanda e 62,1% na Bulgária. População idosa, com baixos níveis socio-económicos ou dotados de pouca instrução, apresentaram níveis de LS mais limitados (1).

Portugal juntou-se a esta iniciativa em 2015, tendo por base uma amostra significativa da população (11).

Seguiu de perto a metodologia utilizada no Inquérito Europeu, onde se distinguem quatro formas base de lidar com informação relevante sobre saúde:

- a) Capacidade de acesso a informação.
- b) Compreensão da informação.
- c) Capacidade de interpretação e avaliação da informação.
- d) Aplicação ou utilização dessa informação em diversas situações.

Neste primeiro estudo, realizado em 2015, foram construídos 4 índices de LS, com o intuito de facilitar a compreensão da informação recolhida.

- a) Índice geral de literacia em saúde.
- b) Índice de literacia em cuidados de saúde.

- c) Índice de literacia em prevenção da doença.
- d) Índice de literacia sobre promoção de saúde.

Comparando com os resultados médios dos 8 países previamente avaliados, concluiu-se que os valores de LS são ligeiramente mais baixos em Portugal, e a maior diferença registada, mesmo que pouco expressiva, verificou-se no índice relativo aos cuidados de saúde.

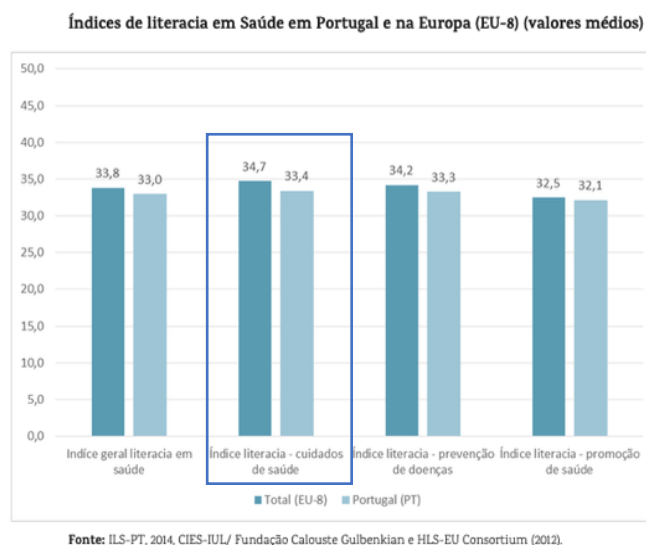
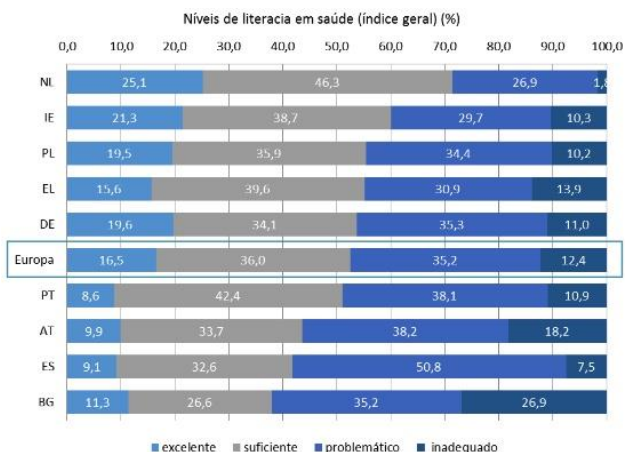


Figura 7. Índices de Literacia em Saúde em Portugal e na Europa. Literacia em Saúde em Portugal, 2016

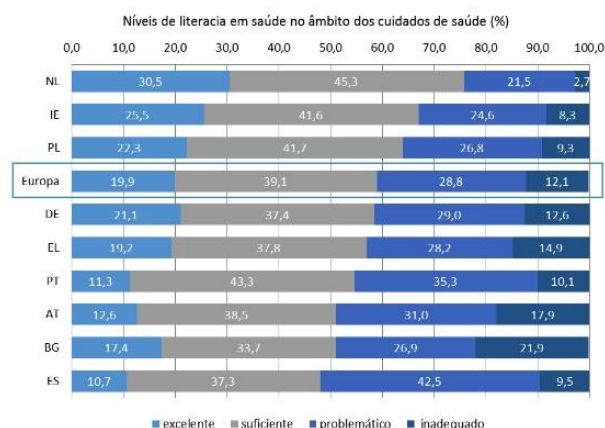
Tendo por base quatro níveis diferenciados de LS: “excelente”, “suficiente”, “problemático” e “inadequado”, os resultados mostraram que os níveis gerais de LS em Portugal iam ao encontro dos valores Europeus. Por um lado, 11% das respostas mostraram níveis “inadequados” de literacia e, cerca de 38% evidenciaram níveis “problemáticos”. Por outro lado, 50% apresentaram níveis “adequados” sendo que apenas 8,6% revelaram níveis “excelentes” de LS (36).

Também foram avaliados e comparados todos os outros índices previamente definidos, sendo que Portugal se mostrou sempre abaixo dos valores médios europeus, destacando-se com resultados positivos, nos níveis de literacia em promoção da saúde. Apresentou cerca de 48,9% dos cidadãos com níveis mais elevados de literacia dentro deste índice e 51,1% nos níveis reveladores de limitações (problemático e inadequado).



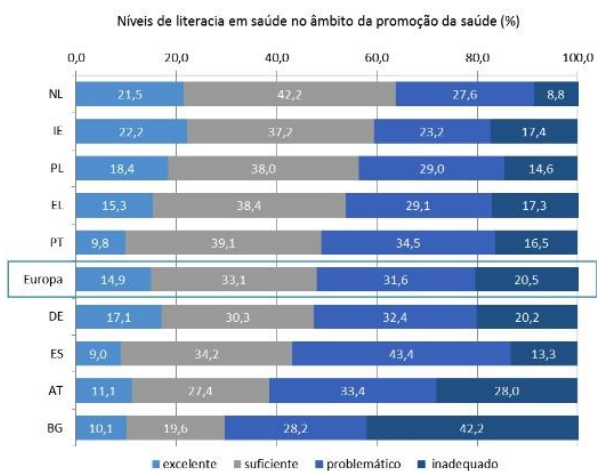
Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).  
 Legenda: NL - Holanda; IE - Irlanda PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria;  
 ES - Espanha; BG - Bulgária

Figura 11. Níveis de Literacia em Saúde (índice geral), em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%). Literacia em Saúde em Portugal, 2016



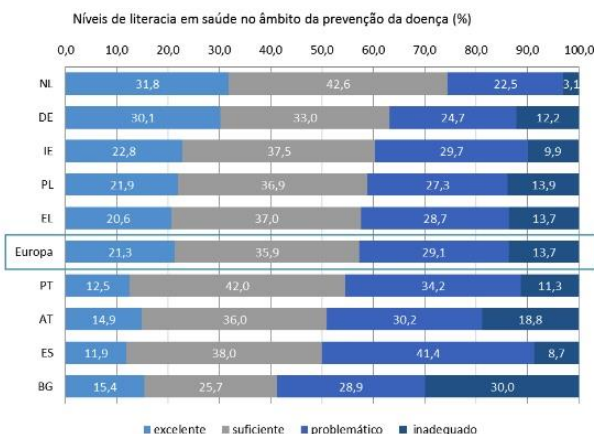
Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).  
 Legenda: NL - Holanda; IE - Irlanda PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria;  
 ES - Espanha; BG - Bulgária

Figura 10. Níveis de literacia em cuidados de saúde, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%). Literacia em Saúde em Portugal, 2016



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).  
 Legenda: NL - Holanda; IE - Irlanda PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria;  
 ES - Espanha; BG - Bulgária

Figura 9. Níveis de literacia em promoção de saúde, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%). Literacia em Saúde em Portugal, 2016



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).  
 Legenda: NL - Holanda; IE - Irlanda PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria;  
 ES - Espanha; BG - Bulgária

Figura 8. Níveis de literacia em prevenção da doença, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%). Literacia em Saúde em Portugal, 2016

Quando avaliados outros parâmetros como a idade, foi clara, tal como nos outros países, a evidência de baixos níveis de literacia na população idosa. Tendo por base os níveis de escolaridade, como seria de esperar, níveis mais elevados de escolaridade corresponderam a melhores níveis de LS. Em Portugal, mais de 60% dos inquiridos com ensino superior tiveram níveis de literacia excelentes ou suficientes. Por sua vez, dentro da amostra com escolaridade baixa (até ao ensino básico), mais de 60% tiveram níveis de LS problemáticos ou mesmo inadequados.

Com esta primeira avaliação da LS no país, foi possível identificar grupos de risco ou vulneráveis, aos quais deve ser dada atenção de uma forma mais direcionada e particular.

Foi possível destacar os seguintes grupos:

- 66 anos ou mais;
- Baixo nível de escolaridade;
- Rendimentos até 500€;
- Doenças prolongadas;
- Auto-percepção de saúde como sendo “má”;
- Procura frequente de Cuidados de Saúde Primários (6 vezes ou mais no último ano);
- Limitados por presença de alguma doença crónica.

No âmbito do plano de ação para a LS 2019-2021 e, enquadrado no consórcio europeu WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL), entre os anos 2020-2021, a DGS decidiu realizar uma nova avaliação da LS da população portuguesa. Estes resultados contribuíram para o desenvolvimento de políticas e iniciativas de promoção de LS, monitorização dessa implementação e comparação dos resultados com outros países europeus (12).

O questionário genérico do HLS19 foi construído no instrumento HLS-EU-Q47. Tendo em conta a implementação do mesmo, a nova versão do HLS19 também considera duas formas curtas de 12 e 16 itens (HLS19-Q12 e HLS19-Q16 respetivamente), para além do HLS19-Q47.

Estas três versões, permitem a avaliação da LS geral, três domínios específicos (promoção em saúde, prevenção de doença e healthcare ou gestão de doença) e a avaliação de quatro aspetos de gestão de informação em saúde como: aceder/procurar, entender, avaliar e aplicar informação relevante sobre saúde.

Em Portugal optou-se por aplicar a versão curta de 12 itens (HLS19-Q12) e três módulos opcionais: LS digital (HLS19-DIGI), LS de navegação (HLS19-NAV) e LS de vacinação (HLS19-VAC).

Como resultados, 65% da população apresenta níveis “adequados” de LS e 5% apresenta níveis “excelentes”. Em contrapartida, 7,5% apresenta níveis “inadequados” e 22% níveis “problemáticos”.

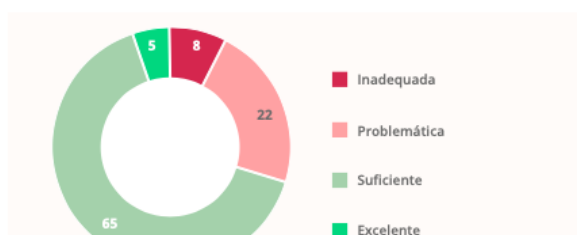


Figura 13. Literacia geral em Saúde (%). Níveis de Literacia em Saúde, Portugal, 2021

Resumidamente, 7 em cada 10 pessoas têm altos níveis de LS, revelando resultados positivos, quando comparado com estudos anteriores, realizados com base na versão extensa do questionário (HLS-EU-Q47). Ressalva-se que a comparação direta de valores não pode ser “levada à letra”, uma vez que são questionários que diferem a nível dimensional (17).

Tendo em conta as diferentes dimensões da LS (promoção em saúde, prevenção de doença, e gestão de doença) os utentes mostraram níveis altos de literacia no que toca a promoção em saúde (71,6% suficiente e 8,9% excelente). Por outro lado, o processamento de informação, no que toca à dimensão de prevenção da doença, foi considerada a tarefa mais desafiante na mesma amostra populacional (18,4% e 21,3% problemático ou inadequado respetivamente). Este ponto especifica a importância de melhorar as ações de

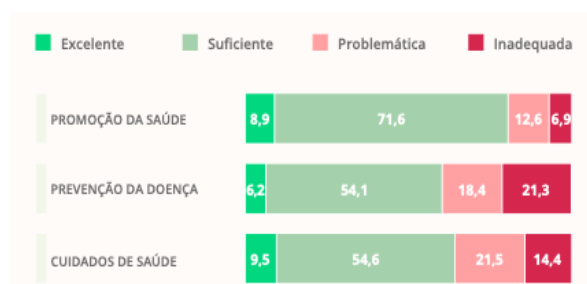


Figura 14. Dimensões da literacia em saúde (%). Níveis de Literacia em Saúde, Portugal, 2021

LS, focando a prevenção diária de doença. Ter em conta as necessidades informativas de cada público-alvo, facilita a sua inclusão nas decisões de saúde e desenvolvimento de atitudes ou comportamentos promotores de saúde durante toda a vida (1).

A competência de “compreender a informação” foi associada aos maiores níveis de LS apresentando valores acima de 75%. Pelo contrário, a competência de “avaliação” foi a mais desafiante, sendo a variante onde se encontraram valores mais preocupantes (34,1% com grau problemático ou inadequado de LS).

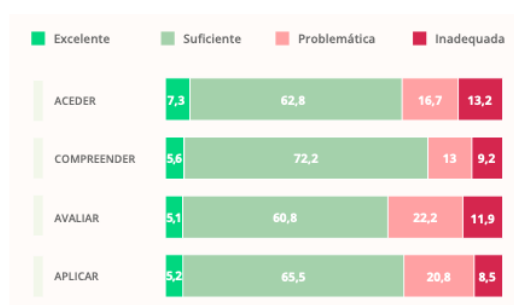


Figura 15. Competências específicas da Literacia em Saúde (%). Níveis de Literacia em Saúde, Portugal, 2021

É de notar que não basta apresentar informação fidedigna à comunidade se esta não a conseguir interpretar. É essencial desenvolver ações de forma a criar habilidades de interpretação, filtração, julgamento e avaliação de informação em saúde. Apenas através desta capacitação, a comunidade vai conseguir comunicar e usar a informação, para tomar boas decisões e manter ou melhorar a sua saúde (1) .

Os dados revelaram que há baixos níveis de LS a nível navegacional, sugerindo dificuldade da comunidade em navegar no sistema nacional de saúde. No âmbito da LS relativa à vacinação obteve-se níveis elevados. Uma possível explicação para este resultado, pode dever-se ao facto de a recolha de dados ter sido realizada durante a pandemia covid19, motivado pela procura de informação digital relacionada com vacinação, melhorando os níveis de LS neste campo (1).

Importante voltar a salientar que, como não foram realizados estudos prévios com este método, não podemos inferir conclusões e comparações diretas.

A conclusão do estudo, mostra que as áreas fundamentais de atuação são, a melhoria de LS para a promoção em saúde, prevenção da doença, gestão da doença e navegação no sistema de saúde. Ressalva também que mulheres, idosos, grupos com capacidades económicas ou escolaridade mais baixos, requerem uma intervenção mais pronta e agressiva, dado terem maior predisposição para baixos níveis de LS (1).

Através desta comparação, verifica-se uma evolução positiva o que toca à LS em Portugal. Apesar dos melhores resultados, continuam a existir grupos de risco que carecem de mais intervenções. Com esta avaliação, tem-se a base para a criação de medidas e projetos com vista a melhorar e ajustar os níveis de literacia no país (1).

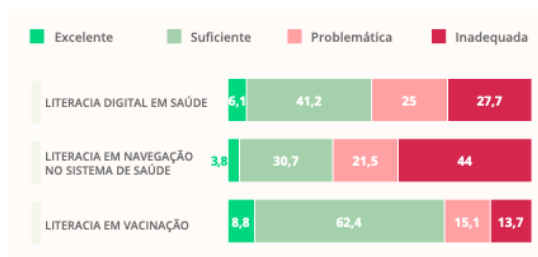


Figura 16. Módulos adicionais sobre Literacia em Saúde (%). Níveis de Literacia em Saúde, Portugal, 2021

## 3.2 Medidas Implementadas

A estratégia nacional para a Alfabetização em saúde da população, integra recursos que podem ser divididos em duas principais linhas de ação. Por um lado, a promoção de uma boa prática profissional baseada em evidencia científica, e por outro, o uso inteligente e oportunista da inovação tecnológica, no sentido de fazer chegar mais e melhor informação ou conteúdo à população (37).

Com este objetivo, foram criadas três ferramentas: repositório digital de referências “a biblioteca de LS”; “multiliteracia através de livros digitais” e capacitação do recetor: “o meu diário de saúde”.

### **Digital Reference Repository “Health Literacy Library”**

A “Biblioteca de LS” pode ser encontrada no portal do SNS. Trata-se de um repositório de vastas referências fidedignas de recursos, representando boas práticas na promoção de LS, tanto para cidadãos como profissionais de saúde. Esta plataforma permite, a toda a comunidade (cidadãos, profissionais, pacientes, cuidadores) procurar um determinado tema de forma autónoma ou acompanhada.

Caracteristicamente, este repositório tem destaque para os recursos relacionados com a importância de uma vida ativa e promoção em saúde, em detrimento de doenças específicas (38).

### **Multiliteracy through Digital Books**

Muitos dos recursos elegíveis para integrar esta biblioteca, apesar da sua elevada qualidade técnica, são muito limitados a nível comunicacional. De acordo com as recomendações e estratégia de LS, estes documentos precisam de uma adaptação, em conteúdo teórico e gráfico para que tenham um maior impacto e uma audiência universal.

No sentido de melhorar esta comunicabilidade, o “SNS + proximidade” inclui uma panóplia de livros digitais sobre questões transversais em saúde como, prevenção de quedas, alimentação, relacionamentos saudáveis, cuidados de inverno, isolamento social e navegação no SNS.

Na produção de cada livro, equipas técnicas e editoriais foram envolvidas, para garantir que a informação é credível e se apresenta de forma apelativa ao seu público-alvo, sendo acessível através de vários canais, sendo o portal do SNS um exemplo.

### **Empowering the Receiver: My Health Journal**

Alem de fornecer informação adequada e de fácil compreensão, é também necessário organizar e personalizar as informações recolhidas pelos recetores. “O diário da minha

saúde”, disponível também no Portal do SNS, na área do cidadão, é um instrumento de empowerment do cidadão.

Esta ferramenta permite aos cidadãos, adicionar informação sobre o seu percurso de vida, relevante para a sua saúde, de uma forma personalizada e confidencial, num espaço digital.

Estes conteúdos adicionados, podem incluir excertos de leituras, conteúdos multimédia, narrativas sobre experiências pessoais, preparação de consultas, entre outras informações.

Neste contexto, e de uma forma terapêutica, a medicina narrativa assume particular relevância. A evidência científica mostra que, quando as pessoas falam sobre as suas experiências, mostram melhorias significativas em vários aspetos da saúde, diminuindo o número de visitas ao médico. Além disto, facultar às pessoas o controlo da sua informação sobre saúde, é um passo importante no reconhecimento da melhoria da qualidade de saúde (37).

Uma das grandes vantagens desta ferramenta é, também, entender o significado de uma certa doença na perspetiva do paciente. Deixa-se de lado a descrição patológica, para se adotar uma descrição do “viver com a doença”.

Em suma, há uma potencialização da compreensão mútua (profissional de saúde-paciente e cuidador) ajudando a uma melhor contextualização da medicina e da doença, num nível cultural, social e histórico.

# Capítulo 4 - Propostas

## 4.1 Media

Quando se fala de comunicação em LS tem-se duas subdimensões interligadas: a comunicação da informação (especialistas/comunicadores) e a decisão informada/ação (não-especialistas/recetores).

Há 4 passos a percorrer para se passar da primeira para a segunda etapa (13) :

- 1) aceder/obter informação relevante para a saúde;
- 2) compreender informação relevante para a saúde;
- 3) apreciar/julgar/avaliar informação relevante para a saúde;
- 4) aplicar/usar informação relevante para a saúde.

As mensagens não têm, em si próprias, um significado, mas sim um uso; são um modo de atuação e não um simples meio de falar sobre elas. As mensagens são uma ferramenta importante para criar um mundo social e, além de terem um contexto, dependem da forma como o “eu”, o “outro”, a cultura, a relação e o momento interagem e se interinfluenciam (39).

Com o aumento exponencial dos media e da sua influência global, encontra-se, nos últimos anos, uma alteração da fonte de informação médica. Historicamente, eram os profissionais de saúde, os dotados deste tipo de sabedoria. Atualmente, qualquer pessoa ou entidade pode ser portadora ou difundidora de informação deste género. O grande problema, está na capacidade de compreensão por parte dos recetores e, no seu substancial impacto nos comportamentos de saúde assim como nos seus outcomes. Esta capacidade, tem sido, ultimamente, conceptualizada como LS (40).

Ter acesso a informação, independentemente do tema, está, para a maioria da sociedade, à distância de um clique. Apesar de toda a informação ser acessível, nem toda apresenta interesse ou credibilidade. É, potencialmente importante, começar pela origem do conhecimento, capacitando primeiro os profissionais da comunicação, para que possam, posteriormente, informar as pessoas sobre o que existe disponível, onde procurar, e como usar. Todos os jornalistas que publicam sobre o tema saúde, devem ter consciência da dimensão da influência que podem ter no público geral: em certos casos, podem até induzir os cidadãos em erro (41).

Sendo a relevância social da medicina inacreditável, o jornalismo vê aqui um grande potencial noticioso. Por consequência, é visível nos media uma grande quantidade, nem sempre acompanhada por qualidade, de informação relacionada com a saúde (42).

Os media, por terem a singular capacidade de disseminar rapidamente informação, e pelo seu elevadíssimo poder de persuasão, têm influência na criação de crenças sociais. Caso a informação divulgada não seja credível, haverá a fomentação de iliteracia (41). Capacitar os cidadãos para selecionar a informação correta e poder aplicá-la nas suas decisões sobre saúde é um grande desafio.

As fontes de informação em saúde assentam em 3 pilares: pessoal (família e colegas – habitualmente os primeiros a quem se recorre pela confiança ou proximidade), impessoal (especialistas – apesar de mais credíveis estão socialmente distantes) ou híbrida (web) (43). Os media têm por base as duas últimas.

Constatou-se que, a referência a profissionais de saúde especialistas no tema, ou a entidades oficiais, credibiliza as fontes de informação. Por outro lado, e de forma oposta, as fontes consideradas não credíveis, tendencialmente não incluem o autor do texto, mencionam opinião de cidadãos não ligados à área da saúde e usam imagens apelativas/cor/títulos em formato de slogan (41).

Deve refletir-se sobre a quantidade de informação em saúde que atualmente existe. Esta noção de quantidade, reflete a dimensão do “negócio” implícita no jornalismo, principalmente numa área de informação tão nobre como a saúde (43). Não se pode esquecer que é através do jornalismo que a sociedade vê e interpreta o mundo (44).

O jornalista em saúde, deve conseguir fazer as perguntas certas, em nome do público, visando obter a melhor informação possível. Posteriormente, aquando da sua divulgação, esta deve ser adaptada às características da audiência, para que não permaneça demasiado específica, com terminologia técnica, tornando-se pouco acessível e indecifrável para o público em geral; mas principalmente para quem detém baixos níveis de literacia numérica e científica (42).

Para além da importante relação entre jornalista-cidadão, é também muito relevante a relação do jornalista com o profissional de saúde. Sendo estes últimos, considerados fontes credíveis de informação em saúde, os jornalistas são fundamentais como ponte entre os mesmos e o utente. Assim, os profissionais de saúde devem contribuir para um trabalho jornalístico mais efetivo (44).

Claramente, a área da medicina é difícil para a maioria dos jornalistas (42). Há um enorme sentido de responsabilidade e pode demorar muito tempo até que se compreenda e domine os conteúdos. É imprescindível treinar o espírito crítico, sentido de responsabilidade e civismo dos jornalistas, fornecendo-lhes informação específica no sentido de aceder às principais e melhores fontes em saúde (leis, eventos, estudos científicos, livros, outros profissionais), distinguir a informação que é de interesse público e o que é de interesse para a indústria dos cuidados de saúde ou organizações mediáticas (41).

Está claro que um jornalista, sendo um comunicador de excelência, terá sempre maior facilidade e proximidade com o público em geral, no que toca ao tipo de linguagem e transmissão de informação, ao contrário de um profissional de saúde que escreva para os media (43).

Apesar desta maior facilidade de comunicação, não é sua função produzir os materiais de educação para a saúde, característicos da comunicação clínica, com base na relação médico-paciente (42). O ideal é uma colaboração entre ambos (43). O jornalista de saúde produz conteúdos, baseados em informação fidedigna de fontes credíveis, contando com a colaboração de consultores e profissionais de saúde. É fundamental promover a comunicação e relação de confiança, assim como o diálogo, entre profissionais/autoridades de saúde e os media, tendo noção das necessidades específicas destes, como por exemplo (42): obter a atenção do público visto que a sua sobrevivência depende da sua visibilidade; ter informações rápidas que respeitem os prazos curtos das notícias; assegurar a credibilidade da informação; garantir a fiabilidade das fontes de informação.

Em suma, a utilização dos media para transmitir informação à sociedade é uma arma colossal que pode e deve ser otimizada, facilitando a comunicação e melhorando a LS da população, quando bem utilizada (42). Tanto a saúde depende dos media para a transmissão de informação, como os media necessitam dos profissionais para que a informação transmitida seja a correta. É uma relação de simbiose, devendo ser motivada com o propósito de melhorar os outcomes que daí advém.

## 4.2 Salas de Espera

A sala de espera “pode ser muito mais do que um espaço de ‘espera’ por atendimento de saúde e existem ferramentas que podem auxiliar na melhor utilização desse espaço em prol da saúde da comunidade” (45). “Tal espaço pode e deve ser mais explorado pelos profissionais nas práticas de educação em saúde, os quais devem reorganizar os seus processos de trabalho a fim de promover e favorecer a alfabetização em saúde” (46).

É considerada pelos doentes, uma área de longas esperas, até incapacitantes, trazendo ansiedade e desmotivação. No entanto, pode e deve ser considerado um espaço dinâmico, onde haverá capacidade para começar os processos de educação, que iniciam mesmo antes da consulta (46).

De uma forma holística, enquanto um utente permanece na sala de espera de uma unidade de saúde, deve ter acesso a conforto e bem-estar, potenciando a captação da informação que o rodeia. O tempo decorrido nestas salas, assim como o espaço que nelas existe, são vistos com grande potencial para a promoção da LS. Estes momentos podem ser vistos como importantes para a comunicação entre os utentes e os profissionais de saúde, desmistificando crenças, tabus e mitos que fazem parte da normal condição humana(47).

Desta forma, pode-se ocupar um tempo visto como “chato” e “ocioso”, com momentos de partilha e aprendizagem, promovendo aproximação entre utentes e profissionais, havendo uma maior humanização dos serviços (48).

Há estudos que comprovam a eficácia da promoção de saúde dinamizada por profissionais de saúde em salas de espera. Assim acontece com o estudo *Waiting room time: An opportunity for parental oral health education*, realizado no Canadá, que comprovou a veracidade da educação dos cuidadores para a promoção de melhores comportamentos a curto prazo na alimentação e autocuidados orais das crianças (48).

Também outro estudo, *Health promotion using television in hospital waiting rooms: The Adelaide Children’s Parent*, demonstrou que o facto de passarem na televisão das salas espera programas de conteúdos de saúde aumenta o conhecimento dos que os visualizam. (48) .

A organização do espaço é uma arma fundamental no momento de espera pelo atendimento em saúde. Nesta dimensão considera-se a área física e o espaço em si, a decoração, o conforto e todos os recursos de comunicação em saúde (materiais impressos como pósteres ou panfletos ou meios audiovisuais como televisões) (46).

Está comprovada a elevada importância da arquitetura hospitalar na influência do conforto das pessoas. A psicologia das cores, iluminação e ventilação natural também já mostrou o seu impacto no mesmo assunto (47,49).

Segundo a norma de orientação clínica nº021/2013, sobre o conforto nas unidades hospitalares, o sentimento de conforto é apurado através dos cinco sentidos (49,50).

Na visão, tem-se as cores que despertam emoções, devendo ser escolhidas com elevado critério. Iluminação mais difusa e com lâmpadas amarelas, preferível em zonas de estar e descanso (tendo sempre iluminação mais forte em zonas de leitura) (50). Quanto ao sentido da audição, devem evitar-se ruídos (quer de equipamentos, como de pessoas com tom de fala elevado ou televisores com um volume demasiado alto). Do mesmo modo, sons da natureza ou música ambiente suave, despertam emoções de tranquilidade e sensação de conforto. No olfato, deve ter-se em atenção os aromas e a qualidade do ar interior, priorizando sempre a ventilação natural. Por fim, mas não menos importante, quanto ao paladar, a existência de bebedouros locais ou pontos de venda de comida e alimentos saudáveis, permite saciar a fome ou sede dos utentes, ficando mais tranquilos e confortáveis (49).

Um ponto fundamental é a existência de utentes com limitações ou condições especiais frequentadores destes espaços. Neste ponto de vista, não pode ser descurada a grande percentagem de utentes com idade avançada, acarretando determinadas limitações assim como a necessidade de criação de vias de acesso facilitadas.

O projeto “Inovação em Ambiente de Sala de espera” visa capacitar tanto as salas de espera como os doentes que as utilizam, com informação e capacidade de aprendizagem de temas em saúde (44). Neste trabalho foram propostas ideias de inovação para o futuro, de modo a aproveitar as salas de espera para promover e desenvolver a LS.

### **Coordenar o despertar dos sentidos para um alerta informativo**

Enquanto as pessoas esperam, encontram-se preocupadas e cansadas, não prestando atenção ao que as rodeia. A informação (por exemplo, que passa nos ecrãs) não é captada devidamente. Está estudada a relação vinculativa e primitiva entre o sentido da visão e do olfato (51). Assim, propõe-se despertar o sentido da visão a partir do olfato. Através da libertação temporizada de um aroma, espera-se despertar e surpreender o sentido olfativo. Será oportuno que, neste momento, surjam flash informativos no ecrã sobre saúde, que podem começar por “Está a sentir um aroma que o convida a saber que...” (é disponibilizada informação sobre um tema específico de saúde). Esta sincronia propõe-se, por estar estudado que a “percepção olfativa revela um sentido primitivo com muita capacidade de despertar respostas a agentes externos”(46).

## **TV/Ecrãs com módulos de perguntas direcionadas a temas específicos**

Nos ecrãs/televisão das salas de espera, é habitual encontrar-se conteúdos noticiosos ou de carácter estatístico (número de consultas, tempo de espera, especialidades médicas). O plano será intercalar esta informação com questionários de escolha múltipla, por exemplo, em temas específicos que propiciem LS. As perguntas deverão ser acessíveis, havendo espaço para respostas com conteúdo anedótico, captando atenção. Pode terminar-se a apresentação, com a informação de que, os utentes, podem obter aquela e outras informações em folhetos espalhados pela sala. Acrescenta-se ainda, uma possível pontuação das perguntas respondidas, visando o reconhecimento da sua participação com um brinde ou uma lembrança (ex. uma esferográfica).

## **Mosaico interativo sobre saúde, utilizando códigos QR**

Sabendo que, cada vez mais, se usam telemóveis com capacidades avançadas (smartphones), mesmo na população mais idosa, pode adotar-se uma forma de os aproveitar. Propõe-se haver um ponto interativo convencional (ecrã), que, ao invés de usar tecnologia touch, usaria códigos QR, limitando a transmissão de microorganismos ou outros problemas de saúde. O objetivo seria direcionar o doente para páginas de informação verídica e fidedigna de informação, como websites oficiais.

Concluindo, tem-se, nas salas de espera, momentos e oportunidades cruciais para uma maior e melhor difusão de informação fidedigna e útil. Além de se diminuir os momentos “mortos”, torna-se esses períodos enriquecedores, tanto para os utentes, como para todos os profissionais de saúde.

## **4.3 Receitas**

A DGS define segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde, para um mínimo aceitável”. Acrescenta ainda “um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva tendo em conta o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (52).

Num estudo realizado pelo Team STEPPS em 2005, provou-se que a comunicação em equipa ineficaz, é a causa de 66% de todos os erros médicos (53). Este número revela a forma como o atendimento ao utente é prejudicado, quando a comunicação não é clara e efetiva. O stress ou as tarefas de maior complexidade, foram classificadas com triggers para o aumento da taxa de erro. Constata-se que “em Portugal a taxa de incidência de eventos adversos é de 11,1% sendo que 53,2% destes, são evitáveis” (54).

Perante esta situação, é imperativo implementar medidas preventivas para se prestar um melhor serviço de cuidados de saúde.

A existência de uma baixa LS influencia a prática do profissional, podendo colocar em risco a segurança do doente (11).

A população idosa é a que carece de mais LS, no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, principalmente na medicação e adesão ao regime terapêutico. Na prática, são raros os utentes que compreendem a finalidade da medicação que fazem, como a fazer e quais as interações e possíveis efeitos adversos que podem ocorrer.

Perante esta realidade, criou-se um suporte pedagógico de carácter físico e em versão braille que contém figuras informativas para o doente. Este instrumento visa a indicação terapêutica, a respetiva posologia através de palavras simples, claras e diretas, associadas a imagens facilmente identificáveis, promovendo a adesão e correta GRT (gestão do regime terapêutico), especialmente a pessoas com baixa LS.

Na indicação terapêutica, propõe-se associar a imagem (órgão vital) à doença em questão, facilitando a compreensão e a perceção imediata da imagem à palavra. Por exemplo, a imagem de um coração indica que o medicamento é anti-hipertensor, um osso define que o medicamento é para a osteoporose ou dores nos ossos, um glucómetro identifica um medicamento antidiabético e a imagem de um estômago indica que o medicamento serve para a proteção gástrica.

	CORAÇÃO (Anti-hipertensor)
	OSSOS
	DIABETES (Glucómetro avalia os valores do açúcar no sangue)
	ESTÓMAGO (Protector gástrico)

Figura 17. Associação de imagens à indicação terapêutica. Literacia em Saúde, Portugal, 2016

Considerou-se a possibilidade de associar a imagem de um “sol a nascer” quando o medicamento deve ser tomado ao pequeno-almoço; “um sol associado a um prato” se o medicamento é suposto ser tomado ao almoço; a imagem do “Sol e fruta” associa a toma do

lanche; a imagem da “lua” indica que o medicamento deve ser tomado à noite, juntamente com uma “taça de sopa” se for ao jantar, ou com ”uma cama” se for ao deitar. A imagem de “dois relógios” indica que o medicamento deve ser tomado de 12 em 12 horas.








Posologia		Significado em Braille
	PEQUENO-ALMOÇO	Nascer-do-Sol / Pequeno-almoço
	ALMOÇO	Sol / Almoço
	LANCHE	Pôr-do-Sol / Lanche
	JANTAR	Lua / Jantar
	PEQUENO-ALMOÇO / JANTAR	Nascer-do-Sol / Pequeno-almoço / Lua / Jantar
	DEITAR	Lua / Deitar
	12H / 12H	De 12 horas em 12 horas

Figura 18. Associação de imagens à posologia e respetiva descrição em braille. Literacia em Saude, Portugal, 2016

À luz do marketing, o presente produto é um suporte pedagógico que se denominou de EMO (Etiqueta de Medicação Orientadora). Pretende-se a impressão deste modelo em formato autocolante, de modo a fixar na respetiva caixa de terapêutica do doente.

## 4.4 Comunicação médico-doente

É comum ouvir-se dizer que há falta de comunicação, principalmente quando se fala de serviços de saúde, afirmando mesmo que as pessoas não comunicam entre si; porém, segundo Watzlawick, é impossível não comunicar (55).

A comunicação é “um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde. Assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade dos cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente” (10).

Todas as interações em saúde dependem de uma comunicação efetiva, desde marcar uma consulta, até à descrição de sintomas, riscos e benefícios de um tratamento assim como entender instruções médicas. Uma boa comunicação implica um aumento da satisfação dos utentes, adesão às recomendações médicas e a outcomes em saúde (56).

Atualmente, defende-se que a comunicação é mais efetiva quando centrada no utente, assim como, quando responde às suas necessidades, valores e preferências (2).

As organizações de saúde e os seus profissionais têm a responsabilidade e obrigação de apresentar a informação de saúde, de forma que os seus pacientes, incluindo os com grau de LS limitado, possam usar e entender (57).

O programa inicialmente designado “Programa nacional de educação para a saúde”, atualmente denominado “Programa de LS e cuidados de saúde”, está integrado no projeto de modernização do serviço nacional de saúde intitulado “SNS + proximidade”. Com o objetivo de uma integração plena na gestão da saúde das pessoas, este comprometimento surge como motor transversal aos vários programas nacionais de saúde. Neste contexto têm sido desenvolvidos vários instrumentos de alfabetização da população, no tema da saúde, visando sempre a valorização do curso da vida e uma melhor comunicação de informação (37).

A comunicação na saúde requer conhecimento, competência e empatia, cabendo ao profissional de saúde saber quando falar, o que dizer e como o dizer. Apesar de parecer natural e, mesmo sendo utilizada diariamente, uma boa comunicação, exige competências que carecem de apreensão e prática, permitindo estabelecer-se de forma eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde (58).

É importante evidenciar algumas estratégias, promotoras da segurança no comunicar, de forma efetiva e clara, na relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente como: cumprimentar cordialmente os utentes quando entram no consultório; manter uma atitude empática ao longo de toda a consulta; estabelecer contacto visual, tendo

sempre em consideração as culturas, costumes e crenças; escutar atentamente, tentando não interromper os utentes enquanto falam; prestar atenção e responder às dúvidas que são colocadas; usar linguagem simples e clara, optando por palavras comuns, que poderiam ser usadas para explicar informação médica a familiares ou amigos (ex. em vez de abdómen, optar por barriga).

Muitas vezes os profissionais de saúde usam jargão técnico, podendo levar a uma comunicação disfuncional, principalmente quando estabelecida com doentes com baixa LS (59). Uma ótima técnica é usar as próprias palavras do utente, aproveitando esses termos para descrever os sinais e sintomas. Evitar termos vagos e subjetivos prevenindo interpretações ambíguas. Outra opção passa por mostrar gráficos e desenhar figuras, usar ilustrações ou evidenciar com modelos 3D. Demonstrar como pode ser feito, ao invés de apenas explicar verbalmente, pode ser benéfico na comunicação.

Deve ser assegurado que o doente percebe, através do consentimento informado, as implicações do tratamento, medicamento ou procedimento proposto, para que possa tomar as decisões de forma consciente e informada.

Um método útil de perceber se o utente entendeu a informação transmitida é a técnica do *Teach-back* (“ensinar de volta”). Estudos revelam que 40 a 80% da informação transmitida na consulta é esquecida imediatamente, e quase metade é retida de forma incorreta. Com este método é possível perceber se o utente compreendeu o que lhe foi transmitido, e se, o próprio profissional de saúde, foi eficaz a transmitir essa informação (44).

O método *follow-up* é usado para estabelecer contacto com o doente ou prestador de cuidados, após a última consulta, detetando mal-entendidos, clarificando dúvidas e, se necessário, ajustar o tratamento. O uso do contacto telefónico pode causar um impacto muito positivo no utente (44).

O método *Brown Bag Review* (“revisão do saco castanho”) é uma prática comum e muito útil, onde se pede aos utentes que tragam toda a sua medicação para consulta, permitindo rever se a toma é ou não adequada, e se é efetuada da forma correta. As investigações evidenciam que, principalmente os utentes com baixa LS, têm polimedicados (44).

Outra estratégia utilizada é a informação escrita sobre a saúde (ex. folhetos), muitas vezes não compreendidas pelos utentes. É uma ferramenta útil, permitindo criar material educacional escrito, com linguagem clara e acessível, melhorando a compreensão do doente. Não é apenas o ato de entregar o folheto ao utente, que permitirá uma compreensão e apreensão da informação nele contida. O ato de sublinhar, desenhar círculos na informação mais importante, colocar o nome do utente, personalizando o folheto, leva a que esta informação se torne mais apelativa, permitindo uma maior adesão terapêutica (44).

Técnicas de melhoria de comunicação	Descrição
Método <i>Teach-back</i> “ensinar de volta”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doente compreende a informação fornecida</li> <li>• Promove maior satisfação do doente</li> </ul>
<i>Follow-up</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ato de estabelecer contacto com o doente ou prestador de cuidados após última consulta</li> <li>• Permite esclarecimento de dúvidas e reajuste de tratamento</li> </ul>
<i>Brown Bag review</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão da gestão do regime terapêutico</li> <li>• Identifica erros médicos e mal entendidos</li> <li>• Explica como e quando deve tomar a medicação</li> </ul>
Fornecimento de informação escrita (folhetos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilizar material educacional escrito: linguagem clara e acessível</li> <li>• Facilita a compreensão do doente</li> <li>• O profissional de saúde deve sublinhar os pontos mais importantes</li> </ul>
Encorajamento das questões	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciona um ambiente acolhedor</li> <li>• Doente sente-se como um parceiro ativo (contraria inibição)</li> </ul>

Figura 19. Técnicas de melhoria de comunicação. Literacia em Saude, Portugal, 2016

O encorajamento das questões é fundamental, visto que muitos utentes se sentem inibidos para colocar as suas dúvidas. Ao ser criado um ambiente acolhedor no qual o utente se sente confortável e à vontade para expor as suas questões, melhora-se a comunicação em saúde, promove-se a segurança do utente e obtem-se ganhos em saúde, aumentando a satisfação do doente e a sua LS (44).

## Capítulo 5 - Conclusão

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social e atual e crescente. Contrariamente às perspetivas, a atitude da sociedade, face à velhice e aos idosos, é muito negativa (60). Tendo em conta a evolução demográfica em Portugal, e no mundo, espera-se um aumento do número de idosos em relação à população jovem. Até há algumas décadas, a sociedade via a população idosa como um grupo de saberes acumulados, havendo sobrevalorização em relação a outros grupos etários. Com a recente transformação e modernização da sociedade, esta população tornou-se particularmente vulnerável à exclusão social (60).

Atualmente, a população idosa é diferente daquela que se encontrará nas próximas décadas. Claramente, caminha-se para uma comunidade mais informada e capaz. No entanto, por muito que haja evolução e melhoria a nível intelectual, um idoso é, e sempre será, um idoso. Envelhecer, implica, para a maioria dos idosos, grandes perdas. A capacidade de compreensão, quer por lapsos de função cerebral, por exemplo, ou diminuição de acuidade auditiva são processos quase “naturais” do caminho do envelhecimento. Do mesmo modo, a menor capacidade de locomoção assim como a necessidade de utilização de auxílios para a marcha, são esperados e até espectáveis. Todos estes fatores devem motivar a preparação da sociedade para estas gerações que se adivinham com mais dificuldade. É na organização precoce de um mundo melhor e mais adaptado às situações mais delicadas, que se pode considerar, na minha opinião, uma sociedade moderna e evoluída.

Todos os cidadãos, em alguma fase das suas vidas irão “depende” da LS. O stress e preocupação com a doença, do próprio ou de alguém próximo, tornará os indivíduos vulneráveis, dificultando a orientação no sistema de saúde, mesmo quando dotados de um elevado grau de Literacia. Dependendo da fase do ciclo de vida: parentalidade recentes, indivíduos de meia-idade, idosos ou cuidadores, serão diferentes as necessidades de informação e as capacidades, no que diz respeito à saúde (18).

Várias medidas já foram colocadas em cima da mesa, tendo, muitas delas, sido aplicadas. É reconhecido o bom resultado de algumas, porém é notório que muito mais há a fazer. Num mundo que se espera tecnológico, industrial e globalmente conectado, é necessária uma abordagem cada vez mais agressiva e inovadora, permitindo preparar e adaptar a sociedade atual, às que lhe sucederão. Com elas, um *boom* de informação e conhecimento fácil assim como um acesso ridiculamente rápido e muitas vezes incorreto, a todo o tipo de informação. É, na preparação das mentes humanas mais jovens, que se pode encontrar a resposta para esta grande ameaça. Uma mente dotada do conhecimento correto,

ou pelo menos, das fontes corretas para o encontrar, é, na minha opinião, uma mente socialmente capaz.

Todo o conhecimento, ou falta dele, tem um custo. Conhecimento em todas as áreas, mas neste caso em particular, a saúde. A LS ou a sua inexistência, como é sabido, tem um custo elevado, tanto para cada contribuinte, como para o próprio estado. O uso desnecessário aos serviços de saúde, erros na toma das medicações, aquisição de medidas terapêuticas de uma rede social, por exemplo, não prescritas por profissionais de saúde, etc... Todas estas são situações, justificadas pela falta de conhecimento na área da saúde, trarão custos elevados tanto a nível social como pessoal, a curto e a longo prazo.

Efetivamente, a melhoria da qualidade e o controlo dos custos dos serviços de saúde, exige cada vez mais, um papel ativo dos seus consumidores (37).

Nos cuidados de saúde primários, encontra-se o grande e fundamental ponto de partida para a educação em saúde, correção de crenças e disseminação de boas práticas assim como de correta informação. Sendo dotado de tamanha capacidade, é lamentável que não seja proporcionalmente aproveitado. Sabe-se que, atualmente, os médicos têm pouco tempo com os seus doentes. Estes entram no consultório, apresentam as suas queixas, o médico responde, medica e despedem-se. Em 15 ou 20 minutos não é possível difundir informação e educar os doentes. Assim sendo, por muito que haja potencial, não há o seu total aproveitamento. Técnicas como “Teach back” acabam por ser, muitas vezes, teorias não colocadas em prática, muitas vezes, por falta de tempo.

As EMO existem, todavia não são usadas como deveriam. Serão poucos os utentes que saem dos consultórios a perceber, perfeitamente, qual a terapêutica que lhes foi instituída, para que serve e como fazer respetivas e corretas tomas.

Apesar dos melhores níveis de Literacia em Saúde demonstrados nos inquéritos realizados em Portugal, é notória, a falta de aproveitamento e potencialização máxima das estruturas e recursos. Num futuro próximo serão necessárias, como previamente discutido, medidas agressivas com atingimento colossal, possibilitando o controlo da grande pandemia de desinformação que se avizinha.

Para cuidar, é necessário saber comunicar. Que se comece por aí.

## Referências

1. Arriaga M, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, Silva C, Câmara G, et al. Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Apr 1;19(7):4225. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/7/4225>
2. Wynia MK, Osborn CY. Health literacy and communication quality in health care organizations. *J Health Commun*. 2010;15(SUPPL. 2):102–15.
3. INE. Projeções de população residente 2018-2080. 2020 Mar.
4. Lima S, Esteves R, Teixeira L, Ribeiro F, Magalhães C. PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS: IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL E DA FUNCIONALIDADE. Covilhã; 2020.
5. Observatório das Migrações [Internet]. [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.om.acm.gov.pt/>
6. Salim H, Shariff Ghazali S, Lee PY, Cheong AT, Harrun NH, Mohamed Isa S, et al. Health literacy levels and its determinants among people with asthma in Malaysian primary healthcare settings: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021 Dec 1;21(1).
7. OMS. GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases. 2014.
8. Madeira TFM. Literacia para a Saúde: o perfil de um conceito em construção. Covilhã; 2016 May.
9. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2016 Sep 1;34(3):259–75.
10. Direção Geral de Saúde. PLANO NACIONAL DE SAÚDE REVISÃO E EXTENSÃO A 2020. 2015 May.
11. Espanha R, Ávila P, Veloso Mendes DESIGN R, Fernandes J, Calouste Gulbenkian F. Literacia em Saúde em Portugal [Internet]. Lisboa; 2016. Available from: <http://www.gulbenkian.pt>
12. Telo de Arriaga M, Santos B, Silva A, Mata F, Chaves N, Freitas G. PLANO DE AÇÃO PARA A LITERACIA EM SAÚDE [Internet]. Lisboa; 2019 Mar. Available from: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
13. Lopes C, Almeida CV. Literacia da Saúde na Prática. 1º Edição. Lopes C, Almeida CV, editors. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário; 2019.
14. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. Vol. 21, *Journal of General Internal Medicine*. 2006. p. 878–83.
15. Simonds SK. Health Education as Social Policy. <http://dx.doi.org/10.1177/10901981740020S102> [Internet]. 1974 Mar 1 [cited 2023 Mar 21];2(1\_suppl):1–10. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10901981740020s102?journalCode=hba>
16. World Health Organization. Health promotion glossary. 1998;
17. Telo de Arriaga M, Santos B, Silva da Costa A, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, et al. NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE LEVELS OF HEALTH LITERACY [Internet]. Lisboa; 2021 Apr. Available from: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
18. Pedro Duarte Marques J, Nuno Crespo D. LITERACIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY EM PORTUGUÊS NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde. 2015.

19. Nutbeam D. Health literacy as public goal- A challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67.
20. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect* [Internet]. 2008 Jun [cited 2022 Sep 26];11(2):113. Available from: [/pmc/articles/PMC5060442/](#)
21. Manuel Jesus Sobral M. Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2018.
22. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. Vol. 12, *BMC Public Health*. 2012.
23. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec 1;25(6):1053–8.
24. Schulz PJ, Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Educ Couns*. 2013 Jan 1;90(1):4–11.
25. Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int* [Internet]. 2001 Sep 1 [cited 2022 Aug 13];16(3):289–97. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/16/3/289/653857>
26. Baker DW, Parker RM, Williams M V, Pitkin K, Parikh NS, Coates W, et al. The Health Care Experience of Patients With Low Literacy. *Arch Fam Med* [Internet]. 1996 [cited 2023 Mar 21];5:329–34. Available from: [www.archfammed.com](http://www.archfammed.com)
27. Weiss BD, Blanchard JS, McGee DL, Hart G, Warren B, Burgoon M, et al. Illiteracy among Medicaid Recipients and its Relationship to Health Care Costs. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 1994 [cited 2023 Mar 21];5(2):99–111. Available from: [/summary](#)
28. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and Health Outcomes. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2004 Dec 1 [cited 2023 Mar 21];19(12):1228–39. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
29. Huizinga MM, Beech BM, Cavanaugh KL, Elasy TA, Rothman RL. Low Numeracy Skills Are Associated With Higher BMI. *Obesity* [Internet]. 2008 Aug 1 [cited 2022 Aug 13];16(8):1966–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2008.294>
30. Gerber BS, Brodsky IG, Lawless KA, Smolin LI, Arozullah AM, Smith E v., et al. Implementation and Evaluation of a Low-Literacy Diabetes Education Computer Multimedia Application. *Diabetes Care* [Internet]. 2005 Jul 1 [cited 2022 Aug 13];28(7):1574–80. Available from: <https://diabetesjournals.org/care/article/28/7/1574/27926/Implementation-and-Evaluation-of-a-Low-Literacy>
31. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly Persons. *Journal of General Internal Medicine* 2008 23:6 [Internet]. 2008 Mar 11 [cited 2022 Aug 13];23(6):723–6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-008-0566-4>
32. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly Persons. *Journal of General Internal Medicine* 2008 23:6 [Internet]. 2008 Mar 11 [cited 2022 Aug 13];23(6):723–6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-008-0566-4>

33. Lee S, Kim BG. Factors affecting the usage of intranet: A confirmatory study. *Comput Human Behav.* 2009 Jan 1;25(1):191–201.
34. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. 2nd ed. 2015.
35. Sørensen K, van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health.* 2013;13(1).
36. Espanha R, Ávila P. Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications. In: *Procedia Computer Science.* Elsevier B.V.; 2016. p. 1033–41.
37. Silva Costa A, Arriaga M, Veloso Mendes R, Miranda D, Barbosa P, Sakellarides C, et al. A Strategy for the Promotion of Health Literacy in Portugal, Centered around the Life-Course Approach: The Importance of Digital Tools. Vol. 37, *Portuguese Journal of Public Health.* S. Karger AG; 2019. p. 50–4.
38. Biblioteca de Literacia em Saúde – SNS [Internet]. [cited 2023 Mar 22]. Available from: <https://biblioteca.sns.gov.pt/>
39. Pearce BW. *Making Social Worlds: A Communication Perspective.* Harper Collins College Publishers; 1994.
40. Ishikawa H, Kiuchi T. Health literacy and health communication. Vol. 4, *BioPsychoSocial Medicine.* 2010.
41. Nunes C, Barroca M, Marino P. PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE ATRAVÉS DOS MEDIA. 2019;
42. Aroso IMM. *Jornalismo na Imprensa Médica em Portugal - Funções dos Jornais de Informação Médica.* [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2012.
43. Alexandra R, Araújo M. *Dinâmicas de Construção do Noticiáriode Saúde: Uma Análise da Imprensa Generalista Portuguesa.* 2016.
44. Lopes C, Vaz de Almeida C. *Literacia da Saúde na Prática.* 1st ed. Amador S, Luz Antunes M, editors. Lisboa; 2019.
45. Reis FV, Brito JR, Santos JN, Oliveira MG de. Health education in the waiting room - case studies. *Revista Médica de Minas Gerais.* 2014;24.
46. Quintela A, Monteiro C, Madureira MI. INOVAÇÃO EM AMBIENTE DE SALA DE ESPERA. 2019;
47. Rosa J, Barth PO, Germani ARM. A SALA DE ESPERA NO AGIR EM SAÚDE: ESPAÇO DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE. *Erechim v.* 2010;35:121–30.
48. Soussou R, Aleksejūnienė J, Harrison R. Waiting room time: An opportunity for parental oral health education. *Canadian Journal of Public Health.* 2017;108(3):e251–6.
49. Direção Geral da Saúde. *Conforto nas Unidades Hospitalares. Normas de Orientação Clínica - DGS.* 2013.
50. Henriques\* S, Pinheiro\*\* D, Martins\*\*\* P. A Importância das salas de espera na Literacia e Comunicação em Saúde – instrumento de avaliação e análise da perspetiva dos utentes. *Comunicação pública.* 2020 Dec 15;(Vol.15 nº 29).
51. Fischer S, Oberhammer E, Cunha-Saraiva F, Gerber N, Taborsky B. Smell or vision? The use of different sensory modalities in predator discrimination. *Behav Ecol Sociobiol* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2023 Mar 22];71(10):1–10. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00265-017-2371-8>
52. Direção Geral de Saúde. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* 2017;

53. Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS® [Internet]. 2005 [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>
54. Paiva SG. Eventos adversos nos hospitais portugueses. Lisboa ; 2017 Sep.
55. Nunes JMM. Comunicação em contexto clínico. Lisboa; 2010.
56. Teresa Vieira Coelho M, Porto Orientador -Doutor Carlos Alberto da Cruz do. **COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS.**
57. Stableford S, Mettger W. Plain Language: A Strategic Response to the Health Literacy Challenge. *Journal of Public Health Policy* 2007 28:1 [Internet]. 2007 Mar 16 [cited 2022 Oct 29];28(1):71–93. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1057/palgrave.jphp.3200102>
58. Alves AIA. Competências Interpessoais em Saúde - Comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar. 2009;
59. Sim D, Yuan SE, Yun JH. Health literacy and physician-patient communication: a review of the literature. *THE INTERNATIONAL JOURNAL OF COMMUNICATION AND HEALTH* . 2016;
60. Conde AM, Alves A. **A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO CUIDAR DO IDOSO.**