

**Literacia em Saúde:
Tendência Evolutiva dos Níveis de Literacia em
Saúde e Medidas Implementadas em
Portugal, Alemanha e Holanda**

Marta Filipa Marques Pinheiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Doutor Miguel Telo de Arriaga

Abril de 2022

Resumo

Literacia em Saúde é definida, pela OMS, como o conjunto de «competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde». O interesse neste conceito tem aumentado nas últimas décadas – a nível mundial –, devido aos impactes comprovados tanto na saúde dos indivíduos como nos Sistemas de Saúde. Estão também documentados diversos Determinantes que, comprovadamente, influenciam os níveis de Literacia em Saúde das populações e que são explorados nesta dissertação. O presente estudo pretendeu encontrar a tendência evolutiva dos níveis de Literacia em Saúde das populações de Portugal, Alemanha e Holanda; analisar as possíveis correlações existentes entre as tendências evolutivas e os Determinantes de Literacia em Saúde; e, tentar perceber se e como as Políticas de Saúde, programas, ações e medidas implementadas, por cada um dos países, poderão ter influenciado a progressão dos níveis de Literacia em Saúde das suas populações. Realizou-se uma revisão narrativa e mista da literatura sobre o tema Literacia em Saúde; numa primeira fase, uma abordagem quantitativa, numa segunda fase, qualitativa. A progressão dos níveis de Literacia em Saúde dos três países não é muito díspar, contudo, por não existir homogeneidade no tratamento e apresentação dos dados entre os diferentes estudos selecionados, torna-se difícil tirar elações seguras e elaborar comparações rigorosas. Considerando os Determinantes relevantes, juntamente com as Políticas, planos de ação e medidas de cada país, é perceptível uma potencial correlação com a evolução dos níveis de Literacia em Saúde das populações. Assim, os contextos políticos e sociais de cada país são relevantes para a caracterização dos Determinantes que influenciam a Literacia em Saúde e, conseqüentemente, os seus níveis. Esta dissertação salientou, também, algo já identificado: a evidente necessidade de mais investigação neste âmbito.

Palavras-chave (Literacia em Saúde;População;Instrumentos de Avaliação;Políticas de Saúde)

Abstract

Health Literacy is a concept defined by WHO as a set of cognitive and social skills and the individual ability to understand and use the information, in order to promote and maintain good health. The interest in this concept has grown in the past two decades – worldwide - due to the proven impact both on people’s health and on the Health Systems. There also are identified Determinants, known to influence Health Literacy levels, which were explored in this dissertation. The goals of this study were to find a progression of the Health Literacy levels for Portugal, Germany and Netherlands’ populations; to analyze possible correlations between this progression and the Determinants of Health Literacy; and to try to understand if and how the national health Politics, programs and action plans implemented by each country contributed to evolution of the populations’ Health Literacy levels. A narrative and mixed literacy review on the topic of Health Literacy, was conducted; a quantitative approach, in an initial phase; then, a qualitative approach. The progression of Health Literacy levels are similar, however, due to the lack of methodological homogeneity between the different selected studies, it becomes difficult to rigorously compare them. Taking into account relevant Determinants, together with policies, action plans and measures of each country, their impact on the levels of Health Literacy of each population were perceptible. The political and social context of each country was significant to the characterization of which Determinants influence Health Literacy and its levels. This dissertation also emphasizes that which was previously identified: the clear need for further investigation in this topic.

Keywords (Health Literacy;Population;Evaluation instruments;Health Politics)

Índice

1	Introdução	1
1.1	Determinantes de Literacia em Saúde	2
1.2	Literacia em Saúde e Resultados em Saúde	2
1.3	Instrumentos de Avaliação da Literacia em Saúde	3
1.4	Literacia em Saúde e Custos para o Sistema de Saúde	4
1.5	Saúde Pública e Políticas de Saúde	4
2	Metodologia	7
2.1	Breve Apresentação dos Estudos de Portugal	9
2.2	Breve Apresentação dos Estudos da Alemanha	9
2.3	Breve Apresentação dos Estudos da Holanda	10
2.4	Adaptação de Categorias	10
2.5	Adaptação de Determinantes de Literacia em Saúde	11
3	Resultados	13
3.1	Evolução da Literacia em Saúde em Portugal	13
3.1.1	Comparação Portugal - Alemanha	14
3.1.2	Comparação Portugal - Holanda	15
3.2	Determinantes de Literacia em Saúde	15
3.2.1	Determinantes Demográficos	16
3.2.2	Determinantes Socioeconómicos	20
3.2.3	Determinantes de Saúde	22
3.3	Outros Determinantes	24
3.3.1	Nível de Escolaridade	24
3.3.2	Taxa de Desemprego	26

3.3.3 Rendimento Médio	27
3.4 Medidas Implementadas em Portugal	29
3.4.1 Comparação Portugal - Alemanha	36
3.4.2 Comparação Portugal - Holanda	40
4 Reflexão e Análise Crítica	43
4.1 Determinantes de Literacia em Saúde	43
4.2 Período de 2011 a 2014	46
4.3 Período de 2014 a 2020	48
4.4 Políticas Nacionais (PT, AL e HL)	49
4.5 Limitações	53
5 Conclusão	55
6 Bibliografia	59

Lista de Figuras e Gráficos

Figura 1 – Metodologia da Revisão Narrativa e Mista

Gráfico 1 – Evolução da Literacia em Saúde em Portugal, Alemanha e Holanda

Gráfico 2 – Comparação dos três estudos HLS realizados na População Portuguesa (2011, 2014 e 2020)

Gráfico 3 – Nível de Escolaridade de Portugal, Alemanha e Holanda

Gráfico 4 – Taxa de Desemprego de Portugal, Alemanha e Holanda

Gráfico 5 – Rendimento Médio de Portugal, Alemanha e Holanda

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Revisão da Literatura – Fase Quantitativa

Tabela 2 – Determinantes Demográficos – Portugal, Alemanha e Holanda

Tabela 3 – Determinantes Socioeconómicos – Portugal, Alemanha e Holanda

Tabela 4 – Determinantes de Saúde – Portugal, Alemanha e Holanda

Tabela 5 – Medidas implementadas por Portugal

Tabela 6 – Medidas implementadas pela Alemanha

Tabela 7 – Medidas implementadas pela Holanda

Lista de Acrónimos

HLS-EU	<i>European Health Literacy Survey</i>
HLS	<i>Health Literacy Survey</i>
NVS	<i>Newest Vital Sign</i>
SAHL	<i>Short Assessment of Health Literacy</i>
PPC	Paridades de Poder de Compra
PNS	Plano Nacional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
OMS-Euro	Organização Mundial da Saúde - Europa
ECHI	<i>European Core Health Indicators</i>
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ELISA	Estratégia para a Promoção da Literacia em Saúde
IQWiG	<i>Institute for Quality and Efficiency in Health Care</i>
ONG's	Organizações Não-Governamentais
WHO	World Health Organization

1 Introdução

De acordo com Sørensen *et al*⁽¹⁾, o termo Literacia em Saúde foi introduzido em 1970, com importância tanto para a Saúde Pública como para os cuidados de saúde. Em 1998, e segundo Pedro *et al*⁽²⁾, este conceito foi definido pela Organização Mundial de Saúde como o conjunto de «competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde». No ano seguinte (1999), num relatório do *Council of Scientific Affairs* da *American Medical Association*, o mesmo conceito foi definido como «a capacidade de ler e compreender prescrições, bulas de medicamentos, e outros materiais essenciais relacionados com a saúde requeridos para com sucesso ser possível o funcionamento como doente». Apesar da existência de várias definições, é a de Kickbusch *et al* que continua a ser considerada, na maioria das vezes, por nenhuma outra se revelar tão completa e integradora. Assim, desde 2005 que se considera Literacia em Saúde como «a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia (...) É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades»⁽²⁾.

O interesse pela Literacia em Saúde tem aumentado nas últimas décadas, enquanto conceito basilar para um papel mais ativo por parte dos cidadãos, tanto no que diz respeito à Saúde como aos cuidados de saúde⁽²⁾. Quase que simultaneamente, este conceito tem tido destaque na agenda europeia para a saúde, evidenciando-se em diferentes publicações oficiais de organizações políticas, baseadas nos resultados do estudo HLS-EU, financiado pela Comissão Europeia. Contudo, apesar de esse interesse se revelar mais recente, e de entre os anos de 1991 e 2005, a União Europeia ter produzido menos de um terço de toda a investigação em Literacia em Saúde, a relevância deste conceito é altamente tida em conta nas Políticas de Saúde europeias⁽¹⁾. Em Portugal, a promoção da Literacia em Saúde da população tem, também, sido uma preocupação veemente.

Espanha *et al*⁽³⁾ sustentam que a importância atribuída à Literacia em Saúde tem assumido uma centralidade crescente nas reflexões sobre os Sistemas de Saúde e, principalmente, na interação dos indivíduos com esses Sistemas nas suas várias vertentes, sendo cada vez mais considerada nas agendas políticas um pouco por todo o mundo, como também enfatiza Paiva *et al*⁽⁴⁾.

1.1 Determinantes de Literacia em Saúde

Foram já identificados fatores, denominados «Determinantes de Literacia em Saúde», que exercem uma influência – positiva ou negativa – nos níveis de Literacia em Saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, das populações e dos países. Por outras palavras, verifica-se uma relação direta entre Determinantes como a idade, o sexo, o nível de escolaridade, a situação profissional e *status* social, o rendimento, a existência de comorbilidades e o desempenho dos indivíduos para a classificação nos diferentes níveis de Literacia em Saúde.

Constata-se que os níveis de Literacia em Saúde diminuem à medida que a idade aumenta e que os desempregados apresentam os piores níveis de Literacia em Saúde quando comparados com a população ativa⁽²⁾. E, de acordo com Arriaga *et al*⁽⁵⁾, observa-se que os grupos mais vulneráveis, como: pessoas com 65 anos ou mais; com baixos níveis de escolaridade; com rendimentos até 500 euros mensais; com doenças crónicas; com uma autoperceção de saúde “má”; que frequentaram, no último ano, 6 ou mais vezes os cuidados de saúde primários; e que se sentem limitados por terem alguma doença crónica registam níveis de Literacia em Saúde limitados.

1.2 Literacia em Saúde e Resultados em Saúde

Os indivíduos com baixa Literacia em Saúde manifestam menor probabilidade de: compreender informação escrita e oral facultada pelos profissionais de saúde; ter capacidade de navegar pelo Sistema de Saúde para obter os serviços de que precisam; realizar os procedimentos necessários e; seguir indicações prescritas, revelando um baixo conhecimento e fraca capacidade de utilização dos serviços de saúde⁽²⁾.

Literacia em Saúde inadequada – em oposição a um nível adequado de Literacia em Saúde – está, definitivamente, associada a um baixo conhecimento ou compreensão quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde. Assim sendo, pode estar correlacionada com elevada probabilidade de hospitalização – com períodos mais longos de internamento, mais exames de diagnóstico e baixa adesão à terapêutica medicamentosa –, elevada prevalência e severidade de algumas doenças crónicas, piores condições gerais de saúde e baixa utilização de serviços de prevenção e rastreio de doenças⁽²⁾. Constata-se, igualmente, uma procura desadequada dos serviços de urgência com conseqüente aumento dos custos, bem como diminuição da eficiência e do bem-estar do doente.

Este nível de Literacia em Saúde – inadequado – tem, ainda, sido identificado como fator de risco para diversas doenças, tais como: obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e cancro. Pelo contrário, níveis adequados de Literacia em Saúde parecem resultar em melhorias na condição de saúde das pessoas⁽²⁾.

É, também, de destacar a relação entre um nível inadequado de Literacia em Saúde e taxas de mortalidade mais elevadas; o risco de mortalidade nos idosos, por exemplo, aumenta consideravelmente em casos de reduzida Literacia em Saúde. Os motivos para esta observação baseiam-se na menor capacidade que os idosos têm para tomar os medicamentos corretamente, na menor capacidade de interpretar os rótulos e as mensagens de saúde e, na existência de piores condições de saúde geral nesse grupo populacional⁽²⁾.

1.3 Instrumentos de Avaliação da Literacia em Saúde

Existem diversos instrumentos para proceder à avaliação do nível de Literacia em Saúde dos indivíduos, cujos domínios avaliados bem como as escalas para categorização dos níveis de Literacia em Saúde diferem entre si. Para este trabalho explicitar-se-ão, somente, os instrumentos de avaliação utilizados nos estudos selecionados (com a ressalva de que existem muitos mais).

O instrumento *Health Literacy Survey* (HLS) contempla itens com o intuito de avaliar a maneira como as pessoas acedem, compreendem, avaliam e aplicam informação para tomar decisões acerca de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, sendo uma escala de autoperceção⁽²⁾. Existem variadas versões deste instrumento, que podem variar no número total de questões a responder pelos indivíduos participantes, sendo a categorização da Literacia em Saúde elaborada em quatro ou três níveis: «excelente», «suficiente», «problemática» e «inadequada» ou apenas, «suficiente», «problemática» e «inadequada», respetivamente. Este foi o instrumento mais usado em todos os estudos selecionados para a elaboração desta dissertação.

A escala *Newest Vital Sign* (NVS) avalia, essencialmente, a capacidade de compreensão escrita e numérica através do fornecimento de um rótulo para ler e responder a seis questões acerca do mesmo⁽⁴⁾. Neste instrumento, a Literacia em Saúde é dividida em três classes: «*high likelihood of limited Health Literacy*», «*possibility of limited Health Literacy*» e «*adequate Health Literacy*», interpretadas como Literacia em Saúde «inadequada», «limitada» e «adequada», respetivamente.

Por último, o instrumento *Short Assessment of Health Literacy* (SAHL), usado no estudo de Pires *et al*⁽⁶⁾, consiste na leitura e reconhecimento de palavras relacionadas com a Área da Saúde, por parte dos indivíduos sujeitos à avaliação. Neste caso, a Literacia em Saúde é apenas integrada em duas categorias: «adequada» e «inadequada».

1.4 Literacia em Saúde e Custos para o Sistema de Saúde

A evidência existente para relacionar o nível de Literacia em Saúde com os custos para o Sistema é ainda limitada, não sendo possível determinar com precisão o custo da Literacia em Saúde não só do ponto de vista individual, mas também do ponto de vista de todo o Sistema⁽²⁾. Ainda assim, e tendo em conta o explicitado anteriormente, sabe-se, atualmente, que um nível inadequado de Literacia em Saúde acarreta, como consequência, muitos mais custos para os Sistemas de Saúde.

Apesar de não existir, ainda, evidência em Portugal sobre os custos individuais e para o Sistema, sabe-se que em situações clínicas de evolução prolongada – as mais prevalentes e dispendiosas para o Sistema de Saúde – níveis inadequados de Literacia em Saúde podem assumir um papel crucial na prevenção daquelas e na adesão a planos de tratamento⁽²⁾.

Posto isto, a Literacia em Saúde destaca-se como um tema de investigação central, revelando um importante papel na manutenção ou melhoria da condição de Saúde, e podendo, também, ser um elemento preditor de desigualdades em Saúde.

1.5 Saúde Pública e Políticas de Saúde

Como se começa a tornar perceptível, o conceito de Literacia em Saúde é muito lato e diversificado, sendo influenciado por Determinantes integrantes de diferentes setores da sociedade, não sendo, por isso, um tópico que permite uma abordagem simples ou linear.

Não só o conceito em estudo é vasto, como a disciplina na qual se integra – a Saúde Pública – não revela uma definição *universalmente* aceite, dificultando a discussão deste tema. Contudo, e de acordo com Baggott⁽⁷⁾, pode explicar-se a «Saúde Pública» como referência à longevidade de uma população, na medida em que esta se encontra livre de doença. Por vezes, a Saúde Pública é equiparada a «Medicina de Saúde Pública», que se traduz em tudo o que envolve técnicas médicas, conhecimento e intervenções executadas para a prevenção das doenças nos indivíduos e nas populações, incorporando também um largo espectro de intervenções sociais e ações coletivas. A Saúde Pública é percebida

como tendo a preocupação primária com a saúde e o bem-estar da população, sendo isso que a distingue: o foco na população e não no indivíduo.

Já de acordo com Hunter⁽⁸⁾, as Políticas de Saúde Pública, juntamente com outras Políticas relacionadas com tópicos que influenciam a saúde, tal como: a educação, o emprego, a alimentação e o transporte, fornecem uma ampla estrutura de ação no sentido de melhorar a saúde das populações. No entanto, as Políticas tanto podem facilitar e proporcionar novas oportunidades de melhoria da saúde, como tornar-se obstáculos ao progresso. Assim sendo, é crucial que seja desenvolvida uma compreensão crítica das Políticas e programas nacionais implementados ou a implementar. Como consequência das Políticas de Saúde discutidas, surgem medidas mais específicas no sentido de promover a Literacia em Saúde das populações de cada país.

Por todo o exposto, procura-se, nesta dissertação, apresentar a tendência evolutiva dos níveis de Literacia em Saúde das populações de três países europeus – Portugal, Alemanha e Holanda – e analisar as possíveis correlações existentes entre as curvas evolutivas e os Determinantes de Literacia em Saúde, comparando os três países entre si. Posteriormente, pretende-se perceber se e quais as Políticas de Saúde no âmbito da promoção da Literacia em Saúde, programas, ações e medidas implementadas – por cada país – poderão ter influenciado a tendência de evolução dos níveis de Literacia em Saúde das suas populações.

2 Metodologia

Para a elaboração desta dissertação realizou-se uma revisão narrativa e mista da literatura, como explicita Santos *et al*⁽⁹⁾, sobre o tema Literacia em Saúde.

Numa primeira fase, procuraram-se dados quantitativos dos níveis de Literacia em Saúde para os países em estudo, tendo como ponto de partida os resultados dos países que aplicaram o HLS-EU. A pesquisa incidiu na procura destes dados para as populações dos seguintes países: Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia, Espanha e Portugal. Para isso, realizaram-se pesquisas separadamente para cada um dos oito países integrantes do HLS-EU e posteriormente para Portugal, a partir do ano de 2011, data em que se efetuou a colheita de dados com o referido instrumento. As pesquisas foram efetuadas na base de dados *Pubmed*, nas quais as palavras-chave usadas foram, de forma consistente, o nome do país e «health literacy», tendo-se usado o carácter booleano «and» (exemplo: «health literacy» AND «spain»). Como critérios de inclusão, foram selecionados os estudos que apresentavam os valores dos diferentes níveis de Literacia em Saúde das populações. Foram excluídos aqueles que somente apresentavam valores para determinadas faixas etárias, separados por sexo ou referentes a um grupo específico. Procurou aumentar-se a amplitude dos dados em análise, pelo que foram solicitadas mais informações ao Consórcio Europeu para a Literacia em Saúde, que disponibilizou mais um estudo relevante da Alemanha (tabela 1).

Portugal foi o único país para o qual se obteve mais de um artigo com valores de Literacia em Saúde globais para o mesmo ano, 2014. A opção metodológica foi excluir-se da análise dos resultados o estudo em que foi aplicado o instrumento de avaliação SAHL⁽⁶⁾ e cuja amostra usada era mais reduzida.

Considerando que se pretendia obter uma tendência evolutiva dos níveis de Literacia em Saúde dos países europeus, definiu-se como critério que o mínimo de anos necessários para essa progressão seria de três, como defende Delice⁽¹⁰⁾. Dessa forma, acabou por se selecionar, para esta dissertação, apenas dois países além de Portugal: Alemanha e Holanda.

Tabela 1: Revisão da Literatura – Fase Quantitativa

Áustria	Bulgária	Alemanha	Grécia	Irlanda	Holanda	Polónia	Espanha	Portugal
161	16	891	96	228	626	83	289	168
Estudos com valores de Literacia em Saúde								
1	2	8	5	7	14	6	9	10
Estudos com valores de Literacia em Saúde Globais								
1	1	3	2	1	3	1	2	5
Recurso ao Consórcio Europeu								
1	1	4	2	1	3	1	2	5
Exclusão de Estudos por sobreposição de anos								
1	1	4	2	1	3	1	2	4
Exclusão de Países com < 3 Estudos								
0	0	4	0	0	3	0	0	4

Os artigos selecionados expunham a correlação dos níveis e os já mencionados Determinantes de Literacia em Saúde. No sentido de sustentar este estudo foi elaborada uma pesquisa adicional, em bases de dados como PORDATA e Eurostat, com o intuito de relacionar os dados disponíveis para todos os anos – desde 2011 – com os encontrados para os níveis de Literacia em Saúde dos três países. Para esse efeito, selecionaram-se, nos próprios *websites* – três variáveis: Nível de Escolaridade, Taxa de Desemprego e Rendimento Médio. Numa segunda fase, procedeu-se a uma pesquisa qualitativa que, tal como afirma Isaacs⁽¹¹⁾, é cada vez mais reconhecida no âmbito da investigação em Saúde Pública, sendo utilizada no estudo de fatores sociais, culturais, económicos e políticos influenciadores da saúde e da doença; na análise das interações dos vários setores da sociedade com a Saúde Pública; e na exploração de como as pessoas e as populações interpretam a saúde e a doença. Ora, pode considerar-se que nesta dissertação se tocará em cada um dos três pontos expostos pelo autor. Assim, no sentido de obter possíveis medidas implementadas nos três países integrados neste estudo, através de Políticas, programas, planos de ação ou outro tipo de documentos e artigos, governamentais ou não oficiais, efetuou-se uma pesquisa não só na base de dados *Pubmed*, mas também em *websites* governamentais dos três países. Contudo, essa recolha foi possível para Portugal, nos *websites* e órgãos responsáveis por esse trabalho; para a Alemanha e a Holanda, devido ao menor número de documentos disponíveis e, sobretudo, aos idiomas, essas informações foram, essencialmente, obtidas através de documentos fornecidos pelo Consórcio Europeu para a Literacia em Saúde.

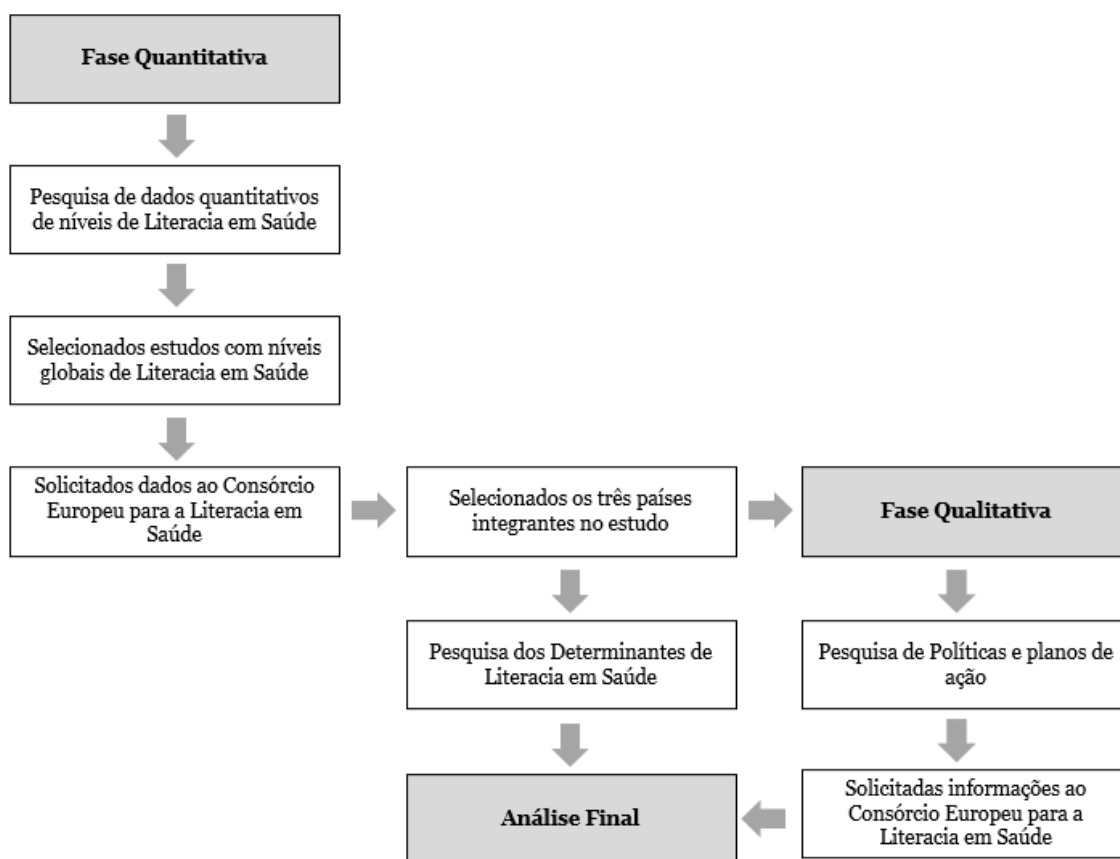


Figura 1: Metodologia da Revisão Narrativa e Mista – Fases Quantitativa e Qualitativa e diferentes etapas do processo metodológico

2.1 Breve Apresentação dos Estudos de Portugal

Para Portugal foram considerados quatro estudos, passíveis de serem representativos de toda a população, realizados nos anos de 2011, 2012, 2014 e 2020, e nos quais se utilizaram diferentes instrumentos de avaliação de Literacia em Saúde. Para o ano de 2011 foi analisado o estudo de Espanha *et al*⁽³⁾, que se baseou numa amostra de 2104 indivíduos, à qual foi aplicado, como instrumento de avaliação, o HLS. Para 2012 foi considerado o estudo de Andrade *et al*⁽¹²⁾, no qual foi usado o NVS para avaliação da Literacia em Saúde de uma amostra de 1624 cidadãos. Para o ano de 2014 foi tido em conta o estudo de Pedro *et al*⁽²⁾, no qual foi utilizado, uma vez mais, o instrumento HLS numa amostra de 1004 indivíduos. Por fim, o estudo realizado no ano de 2020, por Arriaga *et al*⁽¹³⁾, recorrendo também ao HLS, baseou-se num grupo de 1247 indivíduos.

2.2. Breve Apresentação dos Estudos da Alemanha

Para a Alemanha foram analisados quatro estudos, correspondentes aos anos de 2011, 2013, 2014 e 2017, nos quais se usou como instrumento de avaliação da Literacia em Saúde, somente, o HLS. O de 2011 foi um estudo realizado em oito países da Europa, pelo

Consórcio HLS-EU⁽¹⁴⁾, que incluiu a Alemanha, tendo sido inquirida uma amostra de cerca de 1000 pessoas. Em 2013, analisaram-se os níveis de Literacia em Saúde da População Alemã através de uma amostra de 4845 cidadãos, no estudo de Jordan & Hoebel⁽¹⁵⁾. Em 2014, no trabalho de Schaeffer *et al*⁽¹⁶⁾, efetuou-se uma colheita de dados para avaliar a Literacia em Saúde dos Alemães, a uma amostra de 2000 indivíduos. Para o estudo de 2017, elaborado por Ehmann *et al*⁽¹⁷⁾, foram realizadas colheitas de dados numa amostra de 597 indivíduos.

2.3 Breve Apresentação dos Estudos da Holanda

Para a Holanda foram tidos em conta três estudos, para os anos de 2011, 2017 e 2018, em que, à semelhança da Alemanha, se utilizou, em todos eles, o instrumento de avaliação da Literacia em Saúde HLS. O estudo de 2011, realizado em oito países da Europa, que incluiu a Holanda, foi o mesmo referido para a Alemanha, realizado pelo Consórcio HLS-EU⁽¹⁴⁾, tendo sido inquirida uma amostra de, aproximadamente, 1000 pessoas, também. Em 2017, efetuou-se uma colheita de dados para avaliar a Literacia em Saúde da População Holandesa, com uma amostra de 1341 indivíduos, num trabalho elaborado por Rademakers & Heijmans⁽¹⁸⁾ e, durante o ano de 2018, foram realizadas colheitas de dados, numa amostra de 2157 cidadãos holandeses, no âmbito do estudo de Visscher *et al*⁽¹⁹⁾.

2.4 Adaptação de Categorias

Tendo em conta que os diferentes instrumentos de avaliação da Literacia em Saúde categorizam os níveis do conceito em estudo de formas diferentes, foram necessárias *adaptações* dos mesmos que permitissem comparações. O instrumento de avaliação HLS categoriza a Literacia em Saúde em quatro níveis: «excelente»; «suficiente»; «problemático» e «inadequado», embora alguns dos estudos apenas utilizem três desses níveis: «suficiente», «problemático» ou «limitado» e, «inadequado». Por sua vez, o instrumento de avaliação NVS divide a população estudada em três categorias: «adequada»; «limitada» e «inadequada».

As adaptações realizadas basearam-se na necessidade de agrupar categorias de forma a permitir comparações entre os diferentes estudos; não só entre instrumentos diferentes, mas também entre estudos com recurso ao mesmo instrumento de avaliação da Literacia em Saúde. Esses agrupamentos das categorias foram efetuados tendo em conta os limites *numéricos* definidos para cada nível de Literacia em Saúde, em cada instrumento usado.

Assim, nos estudos portugueses de 2011⁽³⁾, 2014⁽²⁾ e 2020⁽¹³⁾, no estudo HLS-EU⁽¹⁴⁾ de 2011 e no estudo alemão de 2014⁽¹⁶⁾, em que foi utilizado o HLS com a classificação da Literacia em Saúde em quatro categorias, considerou-se a associação dos níveis «excelente» e «suficiente» comparando-os com a categoria «suficiente» dos estudos alemães de 2013⁽¹⁵⁾ e de 2017⁽¹⁷⁾ e, com os estudos holandeses de 2017⁽¹⁸⁾ e 2018⁽¹⁹⁾, que apresentam os seus resultados categorizados em três níveis de Literacia em Saúde. Sendo o estudo português de 2012⁽¹²⁾ o único que recorreu ao NVS como instrumento de avaliação da Literacia em Saúde, foi necessário considerar tanto a associação dos níveis «excelente» e «suficiente» – explicitada acima – como *apenas* o «suficiente» do HLS como análogos da categoria «adequada» do NVS, comparando o nível «problemático» do HLS com a categoria «limitada» do NVS.

2.5 Adaptação de Determinantes de Literacia em Saúde

Dos estudos selecionados, além de ter sido possível obter os valores dos diferentes níveis de Literacia em Saúde para a população geral de cada um dos países (nos diferentes anos), pôde identificar-se os Determinantes de Literacia em Saúde contemplados em cada um deles e, dessa forma, analisar quais os mais estudados e estabelecer eventuais comparações dentro do mesmo país e entre os três países.

Importa ressaltar que o estudo de 2011, usado tanto para a Alemanha como para a Holanda, é o HLS-EU⁽¹⁴⁾, sendo natural terem sido utilizados dados do mesmo estudo para países diferentes.

Apesar de a nomenclatura escolhida para os vários Determinantes de Literacia em Saúde ser semelhante, estes são interpretados e divididos de formas díspares pelos diferentes estudos, o que dificulta potenciais análises dos diferentes resultados. Assim, foi necessário considerar o Determinante «Situação Profissional» como *homónimo* de «*Status* social», uma vez que o que se pretende é destacar o nível social tendo em conta a categorização profissional do cidadão.

3 Resultados

No gráfico 1, apresenta-se a tendência evolutiva dos níveis de Literacia em Saúde em Portugal, na Alemanha e na Holanda, para os anos em análise.

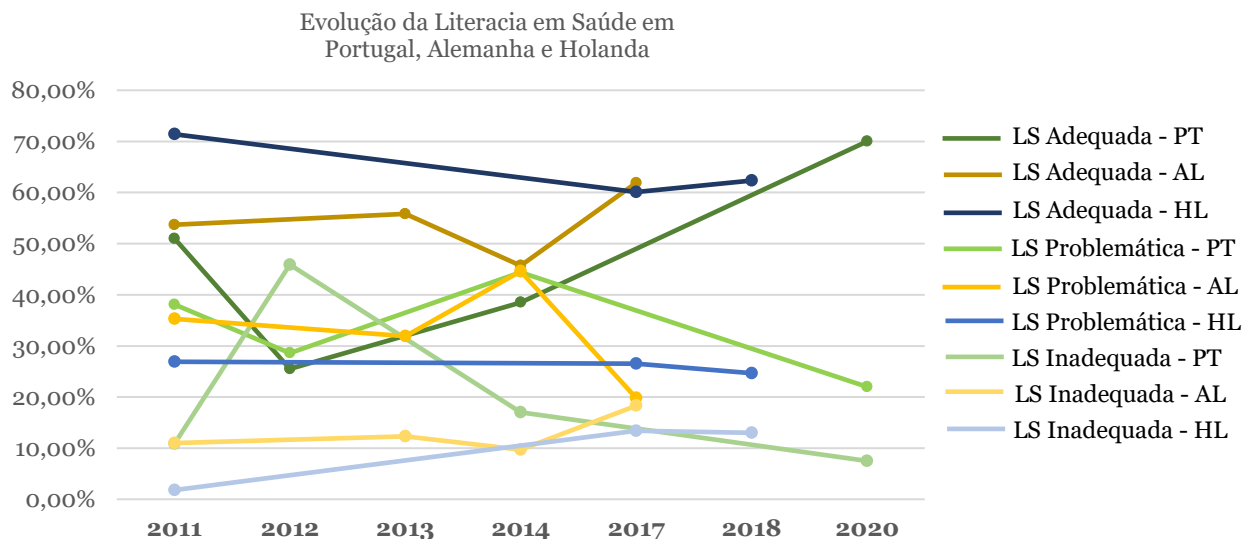


Gráfico 1: Evolução dos níveis «adequado», «problemático» e «inadequado» de Literacia em Saúde das Populações de Portugal, da Alemanha e da Holanda, ao longo dos anos, com base nos estudos apresentados

Legenda: LS – Literacia em Saúde; PT – Portugal; AL – Alemanha; HL – Holanda

3.1 Evolução da Literacia em Saúde em Portugal

Entre 2011 e 2012, os níveis de Literacia em Saúde «adequada» diminuíram (de 51,00% para 26,50%), verificando-se um aumento – grosso modo – *homólogo* aos níveis de Literacia em Saúde «inadequada» (de 11,00% para 45,90%), bem como um decréscimo não tão acentuado da categoria «problemática» (de 38,10% para 28,60%). De 2012 a 2014, ocorreu o oposto: os níveis de Literacia em Saúde «adequada» e «problemática» aumentaram (de 26,50% para 38,50% e, de 28,60% para 44,40%, respetivamente), implicando uma diminuição dos níveis de Literacia em Saúde «inadequada» (de 45,90% para 17,00%). Apesar da referida subida dos níveis de Literacia em Saúde «adequada», no período mencionado, aqueles mantiveram-se abaixo dos valores de 2011. Ainda por observação do gráfico 1, é possível verificar, de 2014 a 2020, um novo aumento dos níveis de Literacia em Saúde «adequada» (de 38,50% para 70,00%) e, de forma simultânea, uma diminuição – neste caso – tanto da Literacia em Saúde «inadequada» como da «problemática» (de 17,00% para 7,50% e, de 44,40% para 22,00%, respetivamente).

Analisando, apenas, os três estudos HLS – de 2011, 2014 e 2020 –, efetuados na População Portuguesa (gráfico 2), é possível verificar que o nível «excelente» de Literacia em Saúde diminuiu, de 2011 para 2014 (de 8,60% para 8,40%), demonstrando uma redução mais expressiva de 2014 para 2020 (de 8,40% para 5,00%). Contudo, a progressão dos restantes níveis está em concordância com a tendência geral identificada, isto é, há uma diminuição considerável do nível «suficiente» de Literacia em Saúde, de 2011 para 2014 (de 42,40% para 30,10%), e um aumento acentuado do mesmo nível de 2014 para 2020 (de 30,10% para 65,00%); uma subida relevante nos níveis «problemático» e «inadequado», de 2011 para 2014 (de 38,10% para 44,40% e de 10,90% para 17,00%, respetivamente), e, então, uma redução expressiva, em ambos os níveis, de 2014 para 2020 (de 44,40% para 22,00% e de 17,00% para 7,50%, respetivamente).

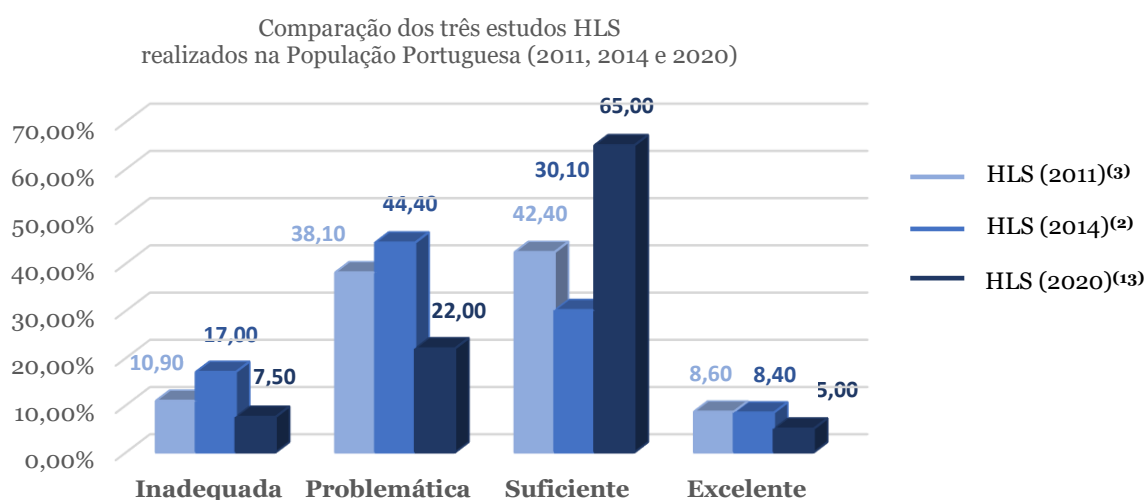


Gráfico 2: Comparação dos quatro níveis de Literacia em Saúde, categorizados pelo HLS, dos três estudos elaborados para a População Portuguesa, nos anos de 2011, 2014 e 2020

3.1.1 Comparação Portugal – Alemanha

Tendo em conta os quatro estudos analisados da População Alemã, torna-se possível comparar a evolução dos níveis de Literacia em Saúde desta com a da População Portuguesa. Importa, no entanto, ressaltar que os anos do último estudo considerado para cada um dos países não são coincidentes, o da Alemanha data de 2017 e o de Portugal de 2020. Também para Portugal selecionou-se um estudo do ano de 2012, enquanto para a Alemanha, o mais próximo é o de 2013. Ainda assim, como o que se pretende é comparar a tendência evolutiva da Literacia em Saúde nos dois países, assumir-se-á essa diferença.

De uma perspectiva geral, na Alemanha, constatou-se um ligeiro aumento do nível «adequado», de 2011 para 2013 (de 53,70% para 55,80%) e, uma redução maior do mesmo nível, de 2013 para 2014 (de 55,80% para 45,70%). Já de 2014 para 2017 deu-se uma subida acentuada deste nível de Literacia em Saúde (de 45,70% para 61,90%).

O nível «inadequado» de Literacia em Saúde apresenta uma progressão semelhante, ocorrendo também em pequenas extensões, ou seja, de 2011 para 2013 os valores desse nível aumentaram (de 11,00% para 12,30%) e, de 2013 para 2014, diminuíram (de 12,30% para 9,70%); no intervalo de 2014 para 2017, este nível aumentou de forma mais considerável (de 9,70% para 18,30%). Por fim, o nível «problemático» de Literacia em Saúde sofreu um desenvolvimento totalmente contrário ao dos outros dois: de 2011 para 2013, os valores para este nível diminuíram (de 35,30% para 31,90%), de 2013 para 2014, aumentaram (de 31,90% para 44,60%) e, de 2014 para 2017, voltaram a diminuir (de 44,60% para 19,80%).

3.1.2 Comparação Portugal – Holanda

Para a População Holandesa foram analisados três estudos de Literacia em Saúde, desta feita, para os anos de 2011, 2017 e 2018. Neste caso, a comparação com Portugal torna-se (ainda) mais difícil, pois os dois últimos anos de estudos da Holanda são muito próximos e nenhum desses sobreponível aos de Portugal. Mesmo assim, pode começar por se analisar a evolução da Literacia em Saúde, ao longo dos anos referidos, para a População Holandesa.

Pela observação do gráfico 1, confirma-se uma diminuição do nível «adequado», de 2011 para 2017 (de 71,40% para 60,10%), e uma subida menos acentuada no período seguinte, entre 2017 e 2018 (de 60,10% para 62,34%). Com proporções *homólogas*, constata-se um aumento do nível «inadequado» de Literacia em Saúde de 2011 a 2017 (de 1,80% para 13,40%) e, uma redução mais ligeira, do mesmo nível, entre 2017 e 2018 (de 13,40% para 12,99%). Quanto ao nível «problemático» da População Holandesa, ao contrário do que se concluiu para a Alemanha, aquele não apresentou variações tão amplas, revelando níveis muito semelhantes ao longo dos três anos (26,90%, 26,50% e 24,66%, pela ordem cronológica).

3.2 Determinantes de Literacia em Saúde

Como mencionado anteriormente, foram identificados, em cada um dos estudos selecionados para os diferentes países em análise, os Determinantes utilizados, tendo

sido divididos em três categorias de forma a facilitar a visualização da informação – exposta nas tabelas seguintes. Assim, consideraram-se como «Determinantes Demográficos» os dados sobre Sexo, Idade e Nível de Escolaridade; como «Determinantes Socioeconómicos» os valores referentes a Situação Profissional e Rendimento; e como «Determinantes de Saúde», a existência de Comorbilidades e a Perceção de Saúde.

3.2.1 Determinantes Demográficos

Como é possível constatar pela observação da tabela 2, à exceção do Sexo, nos três estudos realizados para a População Portuguesa, nos quais são expostos dados acerca dos Determinantes Demográficos, tanto a Idade como o Nível de Escolaridade são estratificados de formas diferentes, o que pode enviesar a interpretação dos resultados obtidos.

No Determinante Idade, as diferenças de categorização das diversas faixas etárias conduzem a diferentes distribuições das populações estudadas, visto que, por exemplo, nos extremos etários, a estratificação das idades das populações é tão díspar que dificulta eventuais correlações com a evolução da Literacia em Saúde. Veja-se o caso da categoria «<30 anos», do estudo de 2012⁽¹²⁾, e as categorias «15-24 anos» e «≤25 anos», dos estudos de 2011⁽³⁾ e de 2014⁽²⁾, respetivamente; outro exemplo idêntico é a categoria «>64 anos», no estudo de 2011⁽³⁾ e as categorias «70-79 anos», no estudo de 2012⁽¹²⁾, e «≥76 anos», no de 2014⁽²⁾.

No Determinante Nível de Escolaridade, mais uma vez, a estratificação dos diferentes níveis de Educação das populações difere entre estudos. Nos estudos de 2011⁽³⁾ e 2014⁽²⁾, este Determinante é definido pelas *categorias de Ensino*, sendo no estudo de 2012⁽¹²⁾ definido por *número de anos*. As diferenças nesta estratificação, especificamente nas categorias referentes ao Ensino Superior podem levar a erros de interpretação, uma vez que no estudo de 2014⁽²⁾ *aquela* é dividido em «Licenciatura» e «Mestrado/Doutoramento» e, no de 2011⁽³⁾ apenas em «Superior», demonstrando disparidades na distribuição das amostras dos estudos. No estudo de 2012⁽¹²⁾, a definição da categoria «> 12 anos» pode induzir em erro, visto que o número de anos de estudo pode não coincidir necessariamente com a progressão académica.

Tabela 2: Determinantes **Demográficos** – Portugal, Alemanha e Holanda

	Estudo	Sexo		Idade (Anos)						Nível de Escolaridade					
Portugal	2011 ⁽³⁾	Feminino 52,80%	Masculino 47,20%	15-24 12,60%	25-34 15,80%	35-54 34,30%	55-64 14,70%	>64 22,60%	Até básico 2 37,30%	Básico 3 22,00%	Secundário 24,20%	Superior 16,10%			
	2012 ⁽¹²⁾	Feminino 50,30%	Masculino 49,70%	<30 27,70%	30-39 16,60%	40-49 19,10%	50-59 14,40%	60-69 12,90%	70-79 9,30%	0-4 anos 42,50%	5-9 anos 18,40%	10-12 anos 25,20%	>12 anos 13,90%		
	2014 ⁽²⁾	Feminino 60,40%	Masculino 39,60%	≤25 37,30%	26-35 13,90%	36-45 18,40%	46-55 16,40%	56-65 9,00%	66-75 3,50%	≥76 1,50%	1.º ciclo 5,90%	2.º-3.º ciclos 15,80%	Sec. 36,30%	Lic. 32,70 %	Mest/Dout. 9,20%
	2020 ⁽¹³⁾	X		X						X					
Alemanha	2011 ⁽¹⁴⁾	-----		66-75 39,70%			≥76 53,90%			Nível 0 ou 1* 58,90%		Nível 2* 57,10%			
	2013 ⁽¹⁵⁾	X		X						X					
	2014 ⁽¹⁶⁾	Feminino 51,10%	Masculino 48,90%	15-29 19,70%	30-45 24,90%	46-64 31,90%	≥65 23,80%			Baixa 33,60%	Intermédia 48,90%	Alta 17,50%			
2017 ⁽¹⁷⁾	Feminino 56,10%	Masculino 43,90%	Média 66 (anos)			Intervalo 25-95 (anos)			No school 0,60%	Sec. 65,60%	Intermed. 24,40%	Adv.Techni cal 3,30%	Abitur 3,30%		
Holanda	2011 ⁽¹⁴⁾	-----		66-75 30,40%			≥76 28,80%			Nível 0 ou 1 40,40%		Nível 2 35,00%			
	2017 ⁽¹⁸⁾	Feminino 54,90%	Masculino 45,10%	≤39 5,20%	40-64 39,80%	65-74 32,40%	≥75 22,60%			Baixa 24,20%	Média 45,10%	Alta 30,70%			
	2018 ⁽¹⁹⁾	Feminino 69,00%	Masculino 31,00%	≤60 34,00%		>60 ≤70 37,00%		>70 29,00%			Baixa 6,00%	Intermédia 49,00%	Alta 45,00%		

Legenda:

X – Determinante discutido no estudo, mas sem apresentação de dados referentes;

--- – Determinante não contemplado no estudo;

Sec. – Secundário; Lic. – Licenciatura; Mest/Dout. – Mestrado/Doutoramento;

*A percentagem está relacionada com o **n** da população por nível de Educação.

Outro ponto a destacar é a ausência de dados relativamente a estes Determinantes no estudo de 2020⁽¹³⁾, apesar de estes serem tidos em conta na Discussão do referido trabalho.

O único estudo que não contempla o Determinante Demográfico Sexo é o HLS de 2011, do Consórcio HLS-EU⁽¹⁴⁾, estando, dessa forma, a Alemanha e a Holanda implicadas nessa avaliação.

À semelhança do que acontece com Portugal, também os estudos alemães estratificam os Determinantes Idade e Nível de Escolaridade de formas diferentes entre si, sendo que as disparidades notadas nos estudos germânicos são mais acentuadas que as detetadas nos estudos portugueses, não permitindo análises comparativas entre nenhuma categoria dos três estudos que os contemplam (tabela 2).

O estudo de 2011⁽¹⁴⁾ apresenta dados de Idade somente para os idosos, sendo que se torna, por um lado, impossível de os comparar com o estudo alemão de 2014⁽¹⁶⁾, que expõe valores para o mesmo Determinante a partir dos 15 anos de idade e, por outro, muito difícil de comparar com os dados da População Portuguesa, por praticamente não existirem categorias sobreponíveis. O estudo para a População Alemã elaborado em 2017⁽¹⁷⁾ apresenta apenas o intervalo de idades usado e a média de idades da amostra, o que não é sobreponível com os dados dos outros estudos selecionados.

Para o Determinante Nível de Escolaridade, uma vez mais, a dissociação entre as categorias definidas impossibilita, ou pelo menos dificulta, a comparação dos dados para uma eventual análise da progressão dos Determinantes da Literacia em Saúde, visto que a estratificação daquele não tem tradução ou sobreposição de um estudo para outro. Além disso, no estudo de 2011⁽¹⁴⁾, não é explicado o significado de cada um dos níveis («0 ou 1» e «2») apresentados.

Com o estudo alemão de 2013⁽¹⁵⁾, acontece o mesmo que com o estudo português de 2020⁽¹³⁾, em que a ausência de dados acerca dos Determinantes mencionados, neste caso, impossibilita não só a comparação com os outros estudos da Alemanha selecionados, como com os de Portugal.

Tendo em conta que o estudo de 2011⁽¹⁴⁾ integra as Populações Alemã e Holandesa, a estratificação dos Determinantes em análise, bem como as observações realizadas anteriormente são idênticas para estes dois países e para o ano de 2011.

Quanto aos estudos holandeses de 2017⁽¹⁸⁾ e 2018⁽¹⁹⁾, a estratificação elaborada para o Determinante Nível de Escolaridade é praticamente sobreponível, permitindo uma comparação direta entre si, não sendo, no entanto, possível essa comparação correta com os dados demonstrados nos estudos portugueses e alemães.

Pelo contrário, o Determinante Idade encontra-se categorizado de formas muito diferentes nesses dois estudos, inviabilizando qualquer comparação destes valores entre si. No entanto, a categoria « ≥ 75 » do estudo de 2017⁽¹⁸⁾ pode ser considerada sobreponível tanto à categoria « ≥ 76 » do estudo de 2011⁽¹⁴⁾, como à « ≥ 76 » do de 2014⁽²⁾, permitindo comparações com o próprio país, bem como com a Alemanha e Portugal.

3.2.2 Determinantes Socioeconómicos

Os Determinantes Socioeconómicos identificados nos vários estudos diferem muito entre si (tabela 3), pelo que a análise dos três países pode ser feita em simultâneo.

Para o Determinante Situação Profissional – para todos os estudos selecionados para os três países – existem somente três categorias sobreponíveis: «estudante», nos estudos portugueses de 2011⁽³⁾ e 2014⁽²⁾; «baixo», entre o estudo de 2011⁽¹⁴⁾ para a Alemanha e a Holanda e o alemão de 2014⁽¹⁶⁾; e, «muito baixo» entre os dois países integrantes do estudo Europeu de 2011⁽¹⁴⁾. Contudo, mesmo as potenciais comparações referidas anteriormente não são rigorosas, devido às disparidades na estratificação dos dados obtidos nas diferentes amostras populacionais usadas nos vários estudos.

Importa deixar a nota de que o estudo português de 2012⁽¹²⁾ não contempla nenhum destes dois Determinantes e que o estudo efetuado em 2020⁽¹³⁾, apesar de os incluir na sua Discussão, não apresenta valores referentes aos mesmos.

O Determinante Rendimento é contemplado apenas num estudo português – o de 2011⁽³⁾ – e, no estudo Europeu⁽¹⁴⁾, sendo que no primeiro a divisão das categorias é muito diferente da do estudo Europeu, impossibilitando comparações com Portugal. O segundo estudo mencionado apenas permite comparações entre os dois países integrantes

Tabela 3: Determinantes **Socioeconómicos** – Portugal, Alemanha e Holanda

	Estudo	Situação Profissional (<i>Status Social</i>)						Rendimento				
Portugal	2011 ⁽³⁾	Ativo 55,80%		Estudante 7,30%		Outros não ativos 36,90%		≤500 € 21,50%	501-1000 € 40,00%	1001-1500 € 25,40%	1501-2000€ 8,40%	>2001 € 4,70%
	2012 ⁽¹²⁾	-----						-----				
	2014 ⁽²⁾	Full-time 40,70%	Part-time 5,00%	Desemp. 8,20%	Estudante 30,20%	Reformado 7,20%	Outro 8,70%	X				
	2020 ⁽¹³⁾	X						X				
Alemanha	2011 ⁽¹⁴⁾	Muito baixo* 58,80%			Baixo* 63,90%							
	2013 ⁽¹⁵⁾	-----						-----				
	2014 ⁽¹⁶⁾	Baixo 12,90%		Intermédio 68,60%		Alto 18,50%		Dificuldade em pagar as contas, na maioria das vezes 46,80%				
	2017 ⁽¹⁷⁾	Empregado 35,60%			Não empregado 55,60%			-----				
Holand	2011 ⁽¹⁴⁾	Muito baixo 49,90%			Baixo 48,40%			Dificuldade em pagar as contas, na maioria das vezes 33,50%				
	2017 ⁽¹⁸⁾	-----						-----				
	2018 ⁽¹⁹⁾	-----						-----				

Legenda:

X – Determinante discutido no estudo, mas sem apresentação de dados referentes;

--- – Determinante não contemplado no estudo;

Desemp. – Desemprego

*A percentagem está relacionada com o **n** da população por nível de *Status Social*.

3.2.3 Determinantes de Saúde

Os Determinantes de Saúde apresentam-se, também eles – à semelhança dos Determinantes Socioeconómicos –, muito díspares entre si (tabela 4). Em Portugal, a discrepância assenta na ausência da contemplação destes Determinantes, isto é, o Determinante Perceção da Saúde é apenas incluído no estudo de 2011⁽³⁾ e o Determinante Comorbilidades é integrado somente na Discussão dos estudos de 2011⁽³⁾ e 2012⁽¹²⁾. Ora, mais uma vez, não é possível inferir comparações acerca da tendência destes Determinantes ao longo do tempo.

Os estudos alemães parecem integrar mais os Determinantes de Saúde, todavia, um olhar mais cuidado permite verificar que os dados exibidos para os dois Determinantes em análise não possibilitam nem uma eventual comparação dentro o país, nem um processo semelhante com Portugal (tabela 4). A exceção surge para a categoria «má» do Determinante Perceção de Saúde para o estudo português de 2011⁽³⁾ e o estudo Europeu⁽¹⁴⁾, mas que, mais uma vez, não permite uma análise comparativa rigorosa pela distribuição desigual das amostras populacionais estudadas.

Como o estudo de 2011⁽¹⁴⁾ integra tanto a Holanda como a Alemanha, os Determinantes de Saúde utilizados no mesmo podem ser comparados entre os dois países, não podendo, no entanto, ser comparados com Portugal.

Apesar de o estudo holandês de 2017⁽¹⁸⁾ contemplar o Determinante Comorbilidades, este não é passível de análise comparativa dentro deste país nem com Portugal ou com a Alemanha, por não existir sobreposição de categorias.

Tabela 4: Determinantes de **Saúde** – Portugal, Alemanha e Holanda

	Estudo	Comorbilidades			Perceção de Saúde				
					Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
Portugal	2011 ⁽³⁾	X			7,50%	32,10%	43,80%	12,80%	3,80%
	2012 ⁽¹²⁾	X			-----				
	2014 ⁽²⁾	-----			-----				
	2020 ⁽¹³⁾	-----			-----				
Alemanha	2011 ⁽¹⁴⁾	≥1 58,50%			Muito má* 54,90%		Má* 54,90%		
	2013 ⁽¹⁵⁾	-----			-----				
	2014 ⁽¹⁶⁾	-----			-----				
	2017 ⁽¹⁷⁾	Sim 57,80%	Não 31,10%	Desconhece 6,70%	-----				
Holanda	2011 ⁽¹⁴⁾	≥1 32,60%			Muito má 47,40%		Má 41,40%		
	2017 ⁽¹⁸⁾	1 36,00%	2 30,20%	3 19,50%	≥4 14,20%	-----			
	2018 ⁽¹⁹⁾	X			-----				

Legenda:

X – Determinante discutido no estudo, mas sem apresentação de dados referentes;

--- – Determinante não contemplado no estudo;

* A percentagem está relacionada com o **n** da população por nível de Perceção de Saúde.

3.3 Outros Determinantes

Considerando a influência que outros fatores socioeconómicos têm sobre os níveis e evolução da Literacia em Saúde em qualquer sociedade, apresentam-se, de seguida, os Determinantes pesquisados no sentido de melhor caracterizar os contextos de cada país. O levantamento destas percentagens foi feito para os três países, tendo-se selecionado os dados para os anos disponíveis e não apenas para os sobreponíveis.

3.3.1 Nível de Escolaridade

Para este Determinante foram tidos em conta os dados relativos a População sem o Ensino Secundário, a População com o Ensino Superior e a Taxa de Abandono Precoce de Educação e Formação.

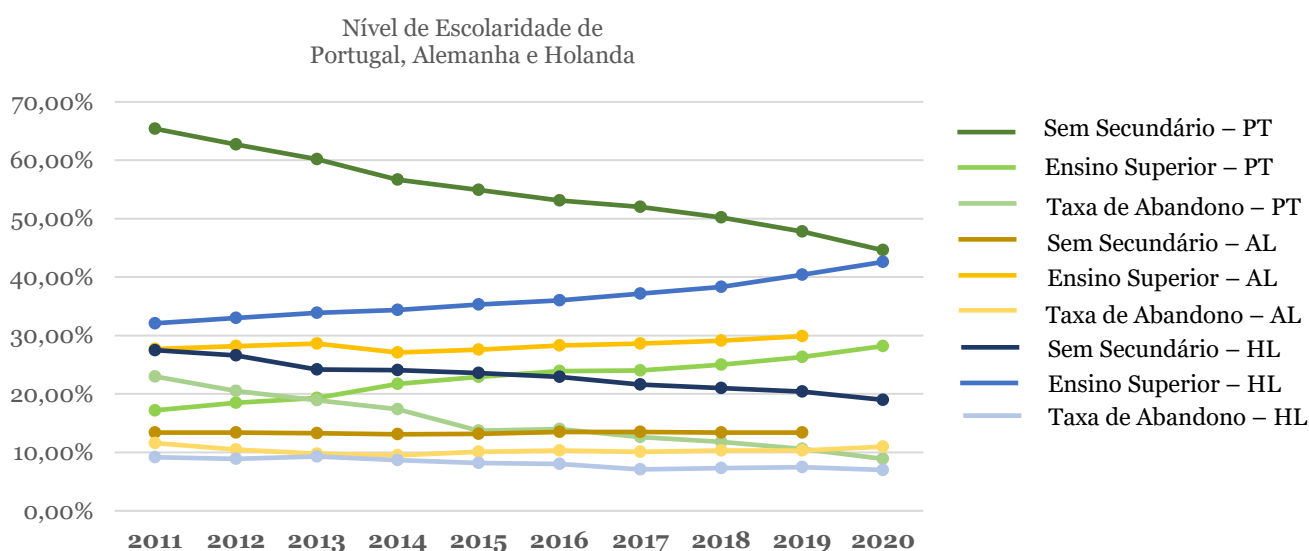


Gráfico 3: Evolução da percentagem de População Portuguesa, Alemã e Holandesa sem o Ensino Secundário, com o Ensino Superior e da Taxa de Abandono Precoce de Educação e Formação, ao longo dos anos

Legenda: PT – Portugal; AL – Alemanha; HL – Holanda.

Por observação do gráfico 3, é possível inferir que a percentagem de População Portuguesa sem o Ensino Secundário concluído tem vindo a diminuir ao longo do tempo, de forma gradual (de 65,40% para 62,70% entre 2011 e 2012, daí para 56,70% em 2014, terminando com 44,60% em 2020).

Por oposição, pode verificar-se que a percentagem de População Portuguesa com o Ensino Superior tem vindo a aumentar ao longo dos anos (de 17,20% em 2011 para 18,50% em 2012, aumentando para 21,70% em 2014 e para 28,20% em 2020),

igualmente de maneira progressiva, quase se mostrando *curvas opostas* entre si, ainda que os aumentos notados relativamente a esta *variável* sejam menos acentuados.

Quanto à Taxa de Abandono Precoce de Educação e Formação, pode concluir-se que tem vindo a diminuir ao longo dos anos, uma vez mais de forma paulatina (de 23,00% para 20,50%, de 2011 para 2012, *daí* para 17,40% em 2014 e para 8,90% em 2020).

A percentagem de População Alemã sem o Ensino Secundário não tem sofrido alterações de relevo ao longo dos anos, apresentando-se, consistentemente, muito inferior à da População Portuguesa (oscilando entre 13,40% em 2011 – e em 2013 –, 13,10% em 2014 e 13,50% em 2017).

Também a percentagem de População Alemã com o Ensino Superior se tem mantido relativamente constante ao longo do tempo: subiu de 2011 para 2013 (de 27,70% para 28,60%), desceu entre 2013 e 2014 (de 28,60% para 27,10%), tendo aumentado de 2014 para 2017 (27,10% para 28,60%), sendo, igualmente uma diferença a assinalar com Portugal (gráfico 3).

Contrariamente, a Taxa de Abandono Precoce de Educação e Formação, na Alemanha, tem manifestado variações ligeiramente mais amplas das suas percentagens ao longo dos anos, tendo diminuído de 2011 para 2013 (de 11,60% para 9,80%) e, de 2013 para 2014 (de 9,80% para 9,50%) e, aumentado desse último ano para 2017 (de 9,50% para 10,10%). Também nesta *variável* a semelhança com Portugal é escassa, visto que no nosso país a descida foi uma constante, enquanto no país germânico notou-se uma subida, após a descida, apesar de que, mesmo com essa oscilação, os valores da Alemanha para a Taxa de Abandono Precoce são inferiores aos de Portugal em qualquer dos anos considerados.

Pode inferir-se que a percentagem da População Holandesa sem o Ensino Secundário completo tem vindo a diminuir ao longo dos anos (de 27,50% para 21,60%, de 2011 para 2017, e daquele valor para 21,00% em 2018), sendo inferior à de Portugal e superior à da Alemanha (gráfico 3).

Quanto à percentagem da População Holandesa com o Ensino Superior, é possível verificar-se, através do mesmo gráfico, que tem vindo a aumentar ao longo do período considerado (de 32,10% em 2011 para 37,20% e 38,30% em 2017 e 2018, respetivamente), permanecendo consistentemente com valores superiores aos da Alemanha e, conseqüentemente, aos de Portugal.

Relativamente à Taxa de Abandono Precoce de Educação e Formação, na Holanda, aquela diminuiu no período compreendido entre 2011 e 2017 (de 9,20% para 7,10%), tendo deste último ano para 2018 sofrido um aumento muito ligeiro (de 7,10% para 7,30%), sendo sistematicamente inferior aos valores *homónimos* de Portugal e até aos da Alemanha.

3.3.2 Taxa de Desemprego

Para este Determinante foram tidos em conta os dados relativos a Taxa de Desemprego Total, Taxa de Desemprego sem Nível de Ensino ou Ensino Básico e Taxa de Desemprego na População com Ensino Superior.

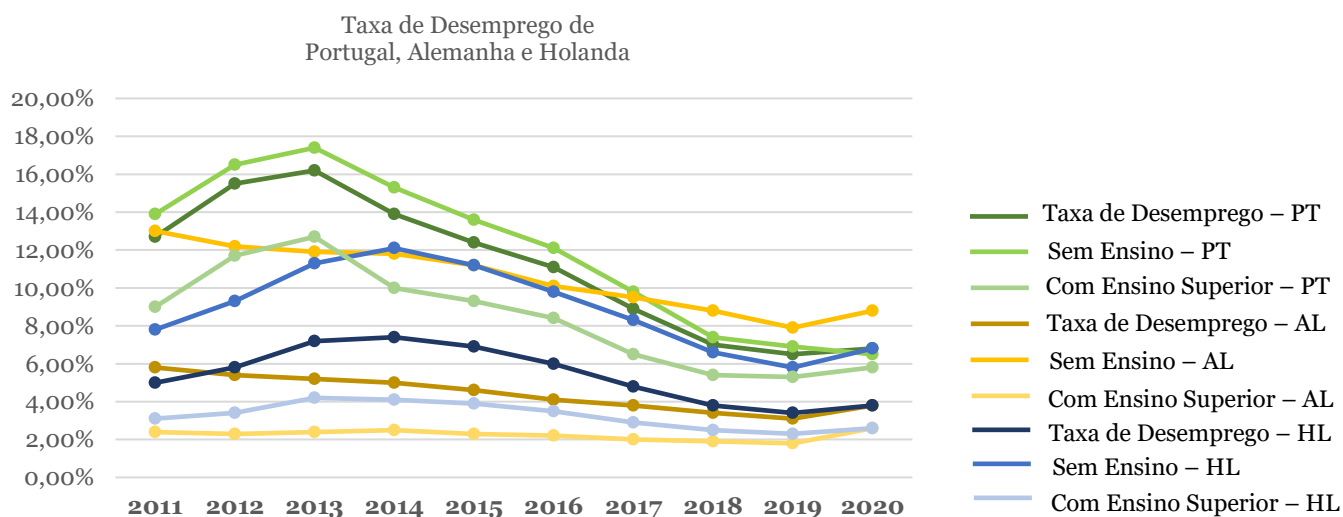


Gráfico 4: Evolução das Taxas de Desemprego, Desemprego sem Nível de Ensino ou com o Ensino Básico e Desemprego com o Ensino Superior, para as Populações Portuguesa, Alemã e Holandesa, ao longo dos anos

Legenda: PT – Portugal; AL – Alemanha; HL – Holanda

A Taxa de Desemprego, no nosso país, aumentou entre os anos de 2011 e 2012 (de 12,70% para 15,50%), tendo diminuído a partir de 2014 (13,90%) e apresentando em 2020 o seu segundo valor mais baixo (6,80%) – gráfico 4.

Relativamente à Taxa de Desemprego sem Nível de Ensino ou Ensino Básico e à Taxa de Desemprego na População com Ensino Superior para a População Portuguesa, tanto uma como outra apresentam uma evolução semelhante à Taxa de Desemprego Total.

A Taxa de Desemprego, na Alemanha, diminuiu de forma progressiva ao longo dos anos considerados (de 5,80% para 5,20%, de 2011 para 2013, de 5,20% para 5,00%, de 2013 para 2014, e desse para 3,80% em 2017 – gráfico 4).

Pela observação do mesmo gráfico, constata-se que a Taxa de Desemprego sem Nível de Ensino ou com o Ensino Básico e a Taxa de Desemprego na População com o Ensino Superior dos Alemães tem vindo a diminuir ao longo do tempo, de um modo geral.

A Taxa de Desemprego sem Nível de Ensino ou com o Ensino Básico diminuiu, ao longo dos três intervalos de tempo considerados (de 13,00% para 11,90%, de 2011 para 2013, de 11,90% para 11,80%, de 2013 para 2014 e, desse ano para 2017 decresceu para 9,50%), de maneira relativamente importante.

A Taxa de Desemprego na População Alemã com o Ensino Superior (gráfico 4) manifestou, de maneira constante, percentagens inferiores às obtidas para a Taxa de Desemprego sem Nível de Ensino ou com o Ensino Básico, tendo-se mantido igual entre 2011 e 2013, aumentado ligeiramente de 2013 para 2014 (de 2,40% para 2,50%) e diminuído no período seguinte (de 2014 para 2017: de 2,50% para 2,00%).

Também pela observação do gráfico 4, é possível verificar-se uma diminuição progressiva das percentagens da Taxa de Desemprego na Holanda, ao longo dos anos considerados (de 5,00% para 4,80%, de 2011 para 2017, e daquele valor para 3,80%, em 2018).

A Taxa de Desemprego sem Nível de Ensino ou com o Ensino Básico para a População Holandesa aumentou de 2011 para 2014 (de 7,80% para 12,10%), tendo decrescido de forma paulatina até ao ano de 2018 (6,60%). Embora se verifique esta *inflexão* a partir de 2014, os estudos disponíveis de Literacia em Saúde na Holanda correspondem apenas aos anos de 2011, 2017 e 2018. Para a Taxa de Desemprego com o Ensino Superior, a evolução é bastante idêntica, tendo este Determinante aumentado de 2011 para 2013 (de 3,10% para 4,20%), sendo o último valor praticamente sobreponível com o de 2014 (4,10%), e diminuindo de forma gradual até 2018 (2,50%).

3.3.3 Rendimento Médio

Para tentar analisar a influência do Rendimento Médio das Populações na Literacia em Saúde de cada país avaliado, considerou-se o valor por PPC, por forma a realizar comparações *justas*.

O levantamento destes valores, mais uma vez, foi feito para os três países, com a finalidade de os analisar *sempre* em comparação com os níveis de Literacia em Saúde correspondentes, tendo-se selecionado os dados para os anos disponíveis e não somente para os sobreponíveis.

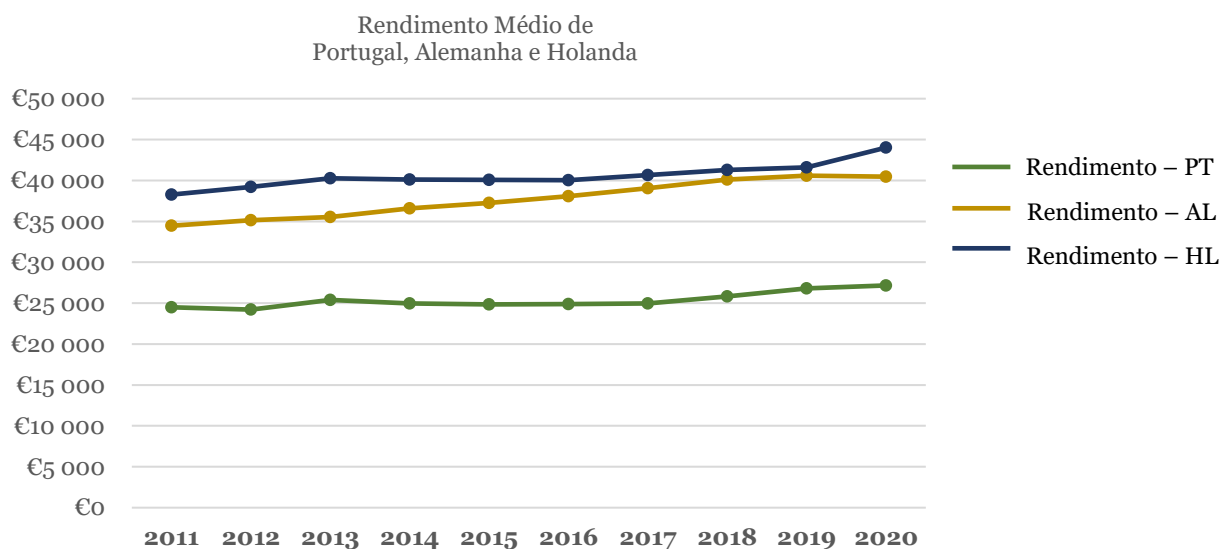


Gráfico 5: Evolução do Rendimento Médio para as Populações Portuguesa, Alemã e Holandesa, ao longo dos anos

Legenda: PT – Portugal; AL – Alemanha; HL – Holanda.

É possível constatar que, em Portugal, entre o intervalo de tempo de 2011 a 2014 ocorreram oscilações de maior *amplitude*, verificando-se um decréscimo de 2011 para 2012 (de 24 493€ para 24 214€), um aumento de 2012 para 2013 (de 24 214€ para 25 383€) e, novamente, uma diminuição de 2013 para 2014 (de 25 383€ para 24 955€). A partir do ano de 2014, os valores desta *variável* oscilaram muito ligeiramente, tendo, a partir de 2017, aumentado progressivamente e de forma mais expressiva (gráfico 5).

O Rendimento Médio da População Alemã tem aumentado de forma, praticamente, consistente ao longo dos anos (gráfico 5).

Na Holanda, o Rendimento Médio aumentou de maneira relevante entre 2011 e 2013 (de 38 273,70€ para 40 276,20€), tendo diminuído desse último ano para 2014 (de 40 276,20€ para 40 126,80€), sendo que essa tendência – de decréscimo – se manteve até ao ano de 2016 (40 041,70€). A partir de 2016, a *variável* em análise começou a aumentar de forma gradual, apresentando valores, em 2017 e 2018, nunca antes possíveis nos anos anteriores (40 678,10€ e 41 288,10€, respetivamente).

3.4 Medidas Implementadas em Portugal

Foi a partir do PNS 2012-2016 que se começou a incluir na discussão nacional de Saúde o conceito de Literacia em Saúde. Em setembro de 2014, foi publicado um documento intitulado *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Roteiro de Intervenção para Governança em Saúde*, redigido por Torgal⁽²⁰⁾, que, apesar de se debruçar sobre diferentes tipos de governação, importa a «Governança Clínica» (tabela 5). Este último termo define-se como “o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de qualidade dos cuidados (...) incentivando alianças e parcerias com os cidadãos”. No documento mencionado são apresentados os três *Pilares Fundamentais da Governança Clínica*, dos quais se pretende destacar o seguinte: “(...) implica a responsabilidade pelos serviços prestados, passando pela disponibilidade de informação aos utentes”⁽²⁰⁾. Assola a ideia de que a generalidade das metas a alcançar se objetivam na qualidade dos cuidados e na sua eficácia e eficiência e não na comunicação, capacitação ou outras formas de promoção da Literacia em Saúde da população.

Em 2015, foi publicada uma *Revisão e Extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020*, elaborada pela DGS⁽²¹⁾, após a apresentação de um relatório sobre a implementação do PNS 2012-2016, em outubro de 2014 (tabela 5). Após a avaliação por parte da OMS-Euro, para efetuar o relatório mencionado, foram expostas recomendações que forçavam as estratégias de implementação das medidas definidas no Plano referido. Essas recomendações assentavam em sete princípios orientadores, sendo relevante para a promoção da Literacia em Saúde, apenas, dois deles: «Promoção e Proteção da Saúde», no qual se desenvolve que “o reforço da promoção e proteção da saúde deve valorizar o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto, com destaque para os principais determinantes de saúde e para as ações intersectoriais (...) As políticas de saúde devem obrigatoriamente abranger estas etapas do ciclo de vida.” e, «Capacitação dos Cidadãos», no qual se pretende: “capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*)”. No já mencionado documento, no capítulo das *Orientações Estratégicas para a Implementação*, não são claras as ações que devem ser dirigidas ao tópico da Literacia em Saúde; já nas *Orientações Específicas para a Implementação*, tornam-se relativamente óbvias essas referências.

O mesmo relatório que sugeriu as recomendações indicadas, definiu indicadores de avaliação da implementação do PNS abordado em consonância com os indicadores ECHI da União Europeia, que permitissem a comparação tanto a nível internacional, como inter-regional. Neste sentido, nenhum indicador foi criado para monitorizar as medidas associadas à evolução da Literacia em Saúde, apesar deste conceito integrar, mesmo que de forma escassa, as recomendações escritas.

Na avaliação intermédia do PNS 2012-2016, concluiu-se que as TIC possuíam um potencial elevado para contribuir para os objetivos do PNS, apesar de não estarem, à época, a ser implementadas em toda a sua potencialidade. Foram, então, pensadas as seguintes *iniciativas*: Plataforma de Dados da Saúde; Portal do Utente: campanhas de sensibilização para o uso do Portal do Utente e oferta de leitores do CC e promoção do uso do Portal do Utente e de Portais de informação em Saúde e de Comunidade Virtuais; Sítio da DGS; Estratégia Nacional de *eHealth*.

Em 2018, foi criado, pela DGS, o *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*⁽⁵⁾, para os anos 2019 a 2021, com base nas melhores práticas internacionais para a definição e implementação de objetivos promotores de Literacia em Saúde; este plano integra outras estratégias, iniciativas, projetos e atividades (tabela 5). Neste documento é sublinhada a ideia de que “as abordagens em Literacia em Saúde devem contemplar as especificidades de cada estadio de desenvolvimento, sendo a Literacia em Saúde uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida”. Basicamente, este Plano de Ação considera a sua abordagem por ciclo de vida e enquadra a sua concretização por *setting*, contexto e objetivos estratégicos. Obviamente, este documento, de acordo com os seus autores, encontra-se enquadrado, também, com os princípios, objetivos e metas do PNS: *Revisão e Extensão a 2020*, sendo que “as medidas estratégicas visam a articulação, uniformização e integração de projetos, iniciativas e atividades. Os planos integrados constituem-se como uma oportunidade de otimização da Literacia em Saúde e de promoção da saúde.” De todos os documentos até aqui citados, este último é o único que apresenta medidas (mais) concretas – com prioridades – a implementar no sentido de melhorar os níveis de Literacia em Saúde da população geral portuguesa: capacitar pais, mães e cuidadores; capacitar as crianças e jovens; capacitar adultos; capacitar pessoas com 65 e mais anos.

Também no ano de 2018, incluído no *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*, foi publicado o documento *SNS + Proximidade*, da responsabilidade do Ministério da Saúde Português⁽²²⁾, que pretende modernizar o SNS através de duas *frentes*: os cuidados de saúde – com foco na integração dos cuidados – e, a proteção e promoção da saúde que

visa, essencialmente, “investir na capacidade de cada cidadão de tomar decisões informadas sobre a sua saúde, ao longo do seu percurso de vida”, ou seja, promover a Literacia em Saúde da população portuguesa. As medidas propostas nesse âmbito tomam em consideração o baixo nível de Literacia em Saúde Digital de uma parte relevante da População Portuguesa, elaborando versões não digitais dos instrumentos referidos (tabela 5) e, identificando, recorrendo e apoiando o papel de mediadores – como profissionais de saúde, professores, bibliotecários – para facilitarem a relação entre as pessoas e a informação de saúde.

Na publicação *SNS + Proximidade* é enfatizada a atenção que deve ser dada à gestão da doença aguda e às agudizações da «doença crónica», realçando que a melhoria, precisamente, da gestão da doença aguda passará por investir na literacia em relação à mesma, incluindo das entidades que transportam os doentes. Na segunda parte desta publicação – *Centralidade do Cidadão* –, é destacada a capacidade de os cidadãos tomarem decisões informadas sobre a sua saúde e sobre a adequada utilização dos serviços de saúde, como fator crítico para a promoção da saúde e para uma boa gestão dos percursos nos cuidados de saúde. A ELISA (2016-2020) reforça o que já foi exposto acima: “qualidade e acessibilidade à informação de saúde – identificar e tornar facilmente acessíveis «boas práticas» na promoção da literacia em saúde – Biblioteca de Literacia em Saúde (no Portal SNS)”; “comunicabilidade – acrescentar qualidade comunicacional às temáticas de saúde – coleção de livros digitais temáticos”; “chegar às pessoas – diretamente ou através de mediadores, através de práticas de «ativação das pessoas», nos locais onde elas estão”; “aprender com a experiência – avaliar processos adotados e resultados conseguidos”.

Em setembro de 2019, foi publicado o *Manual de Boas Práticas – Capacitação dos Profissionais de Saúde*, pela DGS⁽²³⁾, assumindo a Literacia em Saúde como uma prioridade e o papel dos profissionais de saúde, um fator-chave (tabela 5). Neste documento são apresentadas recomendações para promover a Literacia em Saúde em Portugal: “diminuir a complexidade do sistema de cuidados de saúde e sociais, facilitando a possibilidade de os cidadãos o compreenderem e de a ele terem acesso”; “diversificar as estratégias, modos de comunicação e de informação, reconhecendo a diversidade de perfis sociais e de níveis de competências em Literacia em Saúde que atravessam a sociedade portuguesa”; “apoiar iniciativas que melhorem a Literacia em Saúde, em particular dirigidos aos grupos mais vulneráveis na sociedade portuguesa”. Essas iniciativas devem, concretamente, ser incluídas nos currículos escolares, nos seus vários níveis; criar e estabelecer um sistema de monitorização e acompanhamento da

Literacia em Saúde a nível nacional (que acompanhe esforços semelhantes noutros países, nomeadamente a nível europeu).

Foi, ainda, destacada a Psicoeducação, na qual deve ser considerada a Comunicação (verbal e não verbal) – competência necessária dos profissionais de saúde. Neste sentido, surge um *novo* conceito das ciências do comportamento: *Ativação*, que pode ser definido como “o conjunto de etapas e procedimentos que permitem a cada pessoa perceber as suas necessidades de informação de saúde, motivar-se a aceder e a gerir a informação necessária para tomar decisões e aprender com os resultados das decisões tomadas”. Sendo assim, o profissional de saúde deve: ter uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva; afirmar-se como o polo comunicativo dinâmico – ser uma fonte; ter um grande envolvimento; disponibilizar informação simples, confiável e fidedigna; ter controlo sobre a mensagem; ter uma relação terapêutica.

Tabela 5: Medidas implementadas por **Portugal**

Plano ou Programa	Ano	Objetivo(s)	Medidas Implementadas	Avaliação dos Resultados
Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Intervenção em Cidadania e Saúde	2014	“O cidadão no centro do sistema de saúde, intitulado súmula de uma lógica de política de saúde, procura consubstanciar todo uma ação em que a literacia em saúde é o marco base.”	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fornecer ao cidadão informação qualificada, saber, poder, meios de organização, possibilidades de intervenção individual e coletiva; ○ Possibilitar a crítica, a proposição, o acompanhamento e a avaliação, no fundo, integrar o racional do cidadão no centro do sistema de saúde. ○ Legislar promovendo a literacia em saúde e tudo o que a promova e a torne efetiva e eficaz. 	A intervenção na Literacia em Saúde não se revelou uma prioridade de atuação, neste Plano.
Revisão Extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020	2015	<p>“A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e a capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende”;</p> <p>“A realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco”;</p> <p>“O desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de cidadania em saúde”;</p> <p>“O desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ “Divulgar, com efetividade, e para diferentes públicos-alvo, informação na área da saúde, em linguagem clara e acessível, através dos <i>websites</i> e outros meios do Ministério da Saúde”; ○ “Desenvolver referenciais e orientações integradas que incentivem as oportunidades de promoção da saúde e prevenção da doença”; ○ “Desenvolver um sistema de informação que permita o registo das condições sociais e económicas dos utentes para um efetivo diagnóstico e intervenção holística em saúde”; ○ “Melhorar sistematicamente a qualidade da informação, através da arquitetura dos sistemas e da formação dos profissionais, tendo em conta os determinantes sociais da saúde”; ○ “Informar os cidadãos, a nível geral e individual, dos custos reais com os cuidados de saúde, como base para a promoção da responsabilidade no uso adequado de recursos e uma consciência da solidariedade em saúde”; ○ “Apoiar iniciativas da sociedade civil no âmbito do voluntariado em saúde, em particular no domínio da formação de cuidadores informais de suporte ao doente acamado”; ○ “Desenvolver e divulgar boas práticas de inclusão social, acessibilidade a grupos vulneráveis, capacitação e <i>empowerment</i>, bem como apoio solidário aos cidadãos”; ○ “Criar um instrumento de avaliação rápida de sustentabilidade das medidas propostas pelos decisores técnicos”. 	Nenhum indicador foi criado para monitorizar as medidas associadas à evolução da Literacia em Saúde.

<p>Plano de Ação para a Literacia em Saúde</p>	<p>2018</p>	<p>“Este plano de ação pretende, mantendo a pessoa no centro da intervenção, melhorar continuamente e conscientemente o nível de Literacia em Saúde da população em Portugal”. Definidos três pilares de intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de Saúde; • População; • Parceiros. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adotar estilos de vida saudáveis; ○ Capacitar para a utilização adequada do Sistema de Saúde; ○ Promover o bem-estar na doença crónica; ○ “Promover o conhecimento e a investigação” <ul style="list-style-type: none"> • Manual para a capacitação dos profissionais em Literacia em Saúde; • Recomendação da inclusão de módulos sobre Literacia em Saúde nos currículos da Licenciatura e formação avançada na área da Saúde” ○ “Disponibilizar instrumentos e ferramentas aos Profissionais de Saúde, por forma a promover a Literacia em Saúde”; ○ “Realizar campanhas e intervenções temáticas para a População que promovam a Literacia em Saúde”; ○ “Aumentar a rede de Parceiros para incorporar e potenciar as intervenções de promoção da Literacia em Saúde, aumentando o impacto das intervenções nos diferentes <i>settings</i>”; ○ “Constituir uma Comissão de Acompanhamento com o propósito de apoiar na priorização das ações e medidas, e como um recurso de excelência para o desenvolvimento de informação estratégica”. 	<p>Definição de <i>milestones</i> que permitirão aferir da necessidade de eventuais adaptações para o cumprimento e sucesso do Plano de Ação.</p>
<p>SNS +Proximidade (Incluído no Plano de Ação para a Literacia em Saúde)</p>	<p>2018</p>	<p>“Modernizar o Serviço Nacional de Saúde”;</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Apostar na centralidade das pessoas no SNS do futuro”. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ “Tornar mais fácil o acesso aos materiais já existentes que, pela sua qualidade, podem proporcionar boas práticas para a promoção da Literacia em Saúde (Biblioteca de Saúde de referência no Portal SNS)”; ○ “Produzir dispositivos para a promoção da literacia, que privilegiem não só boas sínteses informativas sobre temas relevantes, mas também abordagens comunicacionais mais eficazes – uma coleção de «livros digitais» que contém em si verdadeiros «<i>microsites</i>» temáticos”; ○ “Desenvolver um novo instrumento, a Minha Agenda de Saúde, que permite às pessoas recolher e organizar a informação que lhes parece relevante para a proteção e promoção da sua saúde ao longo do seu percurso de vida”; ○ “Fazer chegar este conjunto de novos instrumentos às pessoas, no SNS, nas farmácias, escolas, locais de trabalho, nas bibliotecas e autarquias locais, de forma que elas possam ser «ativadas» no processo de melhoria da sua literacia em saúde”; 	<p>Visa a monitorização contínua.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ○ “Utilizar os espaços de atendimento do SNS para promover a literacia em saúde dos cidadãos, recorrendo ao tipo de instrumentos acima referidos”; ○ Estratégia para a promoção da Literacia em Saúde (2016-2020) – ELISA. 	
<p>Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde</p> <p>2019</p>	<p>“Promover a capacitação dos profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias de interação e comunicação com as pessoas, para que estas melhorem os seus níveis de Literacia em Saúde e tenham maior autonomia e reflexão crítica nas suas escolhas”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Profissionais de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> ● “Perceber e respeitar as características únicas e as crenças da pessoa”; ● “Avaliar as percepções de cada pessoa, que influenciarão o seu comportamento”; ○ “Proporcionar um espaço e um momento que permitam: <ul style="list-style-type: none"> ● “Expor dúvidas, medos e expectativas”; ● “Expor preocupações e a resolução/decisão proposta”; ● “Aceitar incondicionalmente, sem juízo de valor”; ● “Responder cordialmente”. ○ «Psicoeducação» e «Ativação»; ○ “Literacia em Saúde no ciclo de vida”. ○ “Utilizar boas práticas de Literacia em Saúde em toda a comunicação verbal, escrita e visual”; ○ “Tornar a informação em saúde relevante acessível”; ○ “Investir em diferentes recursos”; ○ “Implementar e aumentar as oportunidades de aprendizagem em todos os níveis de ensino”; ○ “Aumentar e melhorar os recursos centrados na pessoa”; ○ “Acesso à informação – informar as pessoas sobre meios para obterem mais informação e apoio relativamente à sua saúde”; ○ “Desenvolvimento profissional – utilizar métodos comprovados de verificação da compreensão da pessoa, como o método <i>teachback</i>”; ○ “Aproveitar a tecnologia e as ferramentas digitais para fornecer informações de saúde no momento, no local e em vários formatos”; ○ “Desenvolver campanhas direcionadas para o aumento da consciencialização sobre o papel das pessoas na gestão da sua própria saúde”; ○ “Incluir as pessoas/utilizadores no desenvolvimento de formulários e outros materiais, por forma a melhor responder a necessidades específicas do público-alvo”. 	<p>Não mencionado.</p>

3.4.1 Comparação Portugal – Alemanha

A temática da Literacia em Saúde começou a ser tida em atenção, na Alemanha – provavelmente de uma forma mais oficial – com o HLS-EU⁽¹⁴⁾, em 2012, mas especialmente com o primeiro estudo elaborado para a População Alemã sobre Literacia em Saúde, em 2013⁽¹⁵⁾, de acordo com Schaeffer *et al*⁽²⁴⁾.

Contudo, em 2008, foi publicado um artigo de Bastian⁽²⁵⁾, no qual é apresentada uma plataforma digital com explicação de temas sobre saúde direcionada ao público em geral, no sentido de aumentar o seu conhecimento e melhorar a sua compreensão sobre questões de saúde e gestão de doenças (tabela 6). Como parte das reformas em Saúde, na legislatura alemã daquele ano foi criada, para o mencionado *website*, um instituto independente – o IQWiG, cujo objetivo não seria comunicar conselhos do Governo ou conduzir campanhas nacionais de promoção da saúde, mas sim limitar-se a facultar informação fidedigna na internet.

Na Alemanha, ao contrário de outros países em que a elaboração de planos de ação para promoção e melhoria da Literacia em Saúde foi iniciada por políticos e governos, foi formada uma iniciativa independente da sociedade civil com essa finalidade⁽²⁴⁾. Inicialmente, esse grupo era constituído essencialmente por cientistas; mais tarde, a referida iniciativa levou à formulação do Plano Nacional de Ação. No sentido de conseguir uma mais ampla compreensão da problemática e soluções políticas inovadoras, juntou-se o grupo de peritos, o governo, os grupos de interesses e os cidadãos para colaboração, deliberação e discussão. Ademais, esta abordagem deveria auxiliar na antecipação dos obstáculos à implementação das medidas ou, pelo menos, a minimizá-los.

Em 2017, a estratégia de implementação colaborativa – *Aliance for Health Literacy* – explicada num outro artigo dos mesmos autores⁽²⁶⁾, constituída pela junção das principais associações do Sistema de Saúde Alemão, foi criada como uma iniciativa do Ministério da Saúde, com a intenção de implementar projetos com vista à promoção da Literacia em Saúde nos campos de atuação das diferentes associações participantes (tabela 6). A referida estratégia tornou-se crucial para a implementação do Plano Nacional de Ação, bem como as suas recomendações. Simultaneamente, a participação na «Aliança» auxiliou os membros do *grupo* a realizar as suas tarefas, tornando-os mais capazes de implementar as medidas do Plano.

O *National Action Plan Health Literacy for Germany*, publicado em 2018 pela Hertie School of Governance, dirigida por Dominique Vogt⁽²⁷⁾, providencia recomendações cientificamente validadas para a promoção da Literacia em Saúde no país, atribuindo responsabilidade a agentes na política, na academia e na prática; enfatiza o envolvimento de educação e treino, comportamento de consumo e alimentação, dia-a-dia e trabalho, lidar com os *media*, mas também a maior compreensão na *troca* entre os médicos e os seus utentes. No Plano mencionado são formuladas recomendações de ação para a Literacia em Saúde no âmbito da prevenção e da promoção da saúde nos ambientes de vida diária – ou seja, nos contextos fora do Sistema de Saúde –, no Sistema de Saúde, na vivência com doença crónica – a que deve ser dada particular atenção, visto que constitui, atualmente, a maioria das doenças – e na investigação, que se revelam as quatro áreas de atuação em que assenta este Plano. Associadas a essas quatro áreas de intervenção, são apresentadas quinze recomendações específicas no sentido de melhorar e fortalecer a Literacia em Saúde dos alemães, que, por sua vez, se encontram fundamentadas em cinco princípios necessários para uma prática bem-sucedida: reduzir as desigualdades sociais e na saúde; alterar as condições individuais e estruturais; permitir a participação e a tomada de decisão partilhada; usar as ofertas de digitalização; estabelecer a corporação dos atores de todos os setores da sociedade (tabela 6).

De acordo com a mesma fonte⁽²⁷⁾, muitos dos objetivos integrados no Plano Nacional Alemão para a promoção da Literacia em Saúde foram alcançados pouco depois da sua publicação, embora não sejam apresentados dados que objetivem esses sucessos, não só devido ao formato do Plano, mas principalmente por causa da estratégia de implementação que foi escolhida.

Pela análise realizada, a Alemanha começou a integrar o conceito de Literacia em Saúde nas suas discussões públicas e políticas depois de Portugal, não tendo sido identificada a existência de documentos com planos ou medidas a implementar no sentido da promoção da Literacia em Saúde da população, para além do referido.

Tabela 6: Medidas implementadas pela **Alemanha**

Plano ou Programa	Ano	Objetivo(s)	Medidas Implementadas	Avaliação dos Resultados
National evidence-based health website	2008	<p>Fornecer suporte ativo e promover tomadas de decisões informadas sobre saúde;</p> <p>Promover um uso crítico dos serviços de saúde;</p> <p>Melhorar a compreensão acerca da saúde física, mental e emocional;</p> <p>Melhorar a compreensão sobre informação médica e científica, incluindo o conceito de medicina baseada na evidência;</p> <p>Permitir o suporte a doentes por parte da sua família e amigos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Website com informação sobre saúde para doentes e público em geral, para reforçar a autonomia; ○ Produção de informação <ul style="list-style-type: none"> • Cada versão foi sujeita a consultadoria pública, bem como revisão por parte do <i>Institute's international Scientific Advisory Board</i> e por <i>international peer review</i>; • Desenvolvido um processo de revisão da evidência científica, no sentido de manter a informação sobre saúde (sempre) atualizada; ○ <i>Department of health information</i> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolveu pequenos projetos, particularmente nas áreas de revisão e comunicação da evidência, revisão rápida da qualidade de pesquisa/investigação, métodos para manter a informação <i>up-to-date</i>, entre outros. ○ Realizada pesquisa qualitativa acerca das experiências e informações que os utentes necessitam, através de entrevistas a representantes de doentes e questionários <i>online</i> <ul style="list-style-type: none"> • O que os utentes querem ler sobre experiências (pessoais) de outros doentes com as quais se possam relacionar; • Comunicar essas experiências como mensagens complementares à informação de saúde; • <i>Tradução</i> de estatísticas e «médias» em informação mais humanizada. ○ O IQWiG conta com a difusão da informação de uns utilizadores para outros, possivelmente, com um nível de Literacia em Saúde inferior ao dos primeiros. 	<p>O conteúdo e/ou o modo de apresentação da informação podem não ser adequadas às necessidades dos utentes, pelo que uma estrutura conceptual pode providenciar a base para uma avaliação posterior. Ainda assim, não é abordada qualquer avaliação executada à plataforma.</p>
Alliance for Health Literacy	2017	<p>Promoção da Literacia em Saúde em diferentes campos de atuação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alteração para uma estratégia <i>bottom-up</i>; ○ Membros da <i>Alliance</i> – divididos em grupos (durante 10 meses) <ul style="list-style-type: none"> • Preparação de <i>workshops</i>; • Desenvolvimento e discussão de projetos; 	<p>A preparação intensiva por parte dos membros da <i>Alliance</i> contribuiu para uma muito melhor compreensão do conceito de Literacia em Saúde.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Criação de pósteres e materiais de informação. 	O sucesso deste evento permitiu aumentar a vontade das principais organizações do Sistema de Saúde Alemão em contribuir para a promoção da Literacia em Saúde.
<p>National Action Plan Health Literacy for Germany</p>	2018	<p>Promover a Literacia em Saúde da População Alemã.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Capacitar o Sistema de Educação para a promoção da Literacia em Saúde, o mais precocemente possível; ○ Promover a Literacia em Saúde na vida profissional e no local de trabalho; ○ Fortalecer a Literacia em Saúde para lidar com os incentivos ao consumo e as propagandas de nutrição; ○ Facilitar o manuseio de informação de saúde nos <i>media</i>; ○ Capacitar as comunidades no sentido de fortalecer a Literacia em Saúde dos cidadãos no seu ambiente do dia-a-dia; ○ Integrar a Literacia em Saúde como padrão em todos os níveis do sistema de saúde; ○ Facilitar a navegação no sistema de saúde, aumentar a transparência e reduzir as barreiras administrativas; ○ Criar uma comunicação compreensível e efetiva entre os profissionais de saúde e os utentes; ○ Criar informação de saúde «amiga do utilizador»; ○ Facilitar a fortalecer a participação do utente; ○ Integrar a Literacia em Saúde nos cuidados à doença crónica; ○ Facilitar e apoiar um tratamento especializado em saúde na progressão da doença e suas consequências; ○ Fortalecer a competência de autogestão nas pessoas com doença crónica e nos seus familiares; ○ Promover a Literacia em Saúde no sentido de melhor lidar com a vida diária e a doença crónica; ○ Desenvolver investigação em Literacia em Saúde. 	Sem dados objetivos.

3.4.2 Comparação Portugal – Holanda

Na Holanda, qualquer ação direcionada à promoção da Literacia em Saúde é independente do Sistema de Saúde, o que complica a sua análise no âmbito deste estudo; por um lado, as medidas implementadas não surgem ou não estão associadas a uma perspetiva médica e, por outro, não se tratando de documentos oficiais do país, a junção das eventuais iniciativas levadas a cabo pela sociedade civil tornam-se difíceis de reunir. Desta forma, não é possível identificar, com rigor, o ano em que o tema da Literacia em Saúde começou a ser discutido na Holanda, pelo que assumir-se-ão para este trabalho as ações encontradas como as existentes.

Segundo Sørensen *et al*⁽²⁸⁾, a Holanda integrou a *Alliance for Health Literacy* em 2010 e, entre 2012 e 2018 o Ministro da Saúde, Bem-estar e Desporto holandês definiu que tanto as iniciativas políticas como as intervenções para promoção da Literacia em Saúde seriam da responsabilidade exclusiva das partes interessadas não governamentais. Contudo, de acordo com Adriaenssens *et al*⁽²⁹⁾, a Holanda começou a debruçar-se sobre a problemática da Literacia em Saúde a partir do ano 2017, ano em que integrou a *Alliance for Health Literacy*.

Mesmo assim, foram encontradas outras ações e medidas que datam de anos anteriores a 2017 (tabela 7), mas, tendo em conta o exposto acima, as iniciativas que integram a promoção da Literacia em Saúde não estão diretamente ligadas à Saúde ou a esse Sector, pelo que se revelam medidas de promoção da Literacia – e não da Literacia em Saúde –, o que aumenta a variedade e dispersão de eventuais iniciativas e ações.

Entre os anos de 2012 e 2014, e de acordo com Meppelink *et al*⁽³⁰⁾, elaborou-se uma revisão dos dez temas relacionados com a saúde mais frequentemente pesquisados pelos Holandeses, em cem *websites*, sendo considerado o primeiro estudo a avaliar uma amostra geral de páginas na internet com informação de saúde, no âmbito da Literacia em Saúde (tabela 7).

Entre os anos de 2016 e 2020, e segundo Jong *et al*⁽³¹⁾, realizou-se o programa *Voorstad on the Move (VoM)*, dirigido a pessoas com um nível socioeconómico mais baixo na cidade de Voorstad, na zona Este da Holanda (tabela 7). Este programa centrava-se em três ações principais: participação dos cidadãos, colaboração intersectorial e criação de um ambiente de suporte à saúde e envolvia cidadãos locais, profissionais de saúde e outros parceiros locais (da comunidade).

Tabela 7: Medidas Implementadas pela **Holanda**

Plano ou Programa	Ano	Objetivo(s)	Medidas Implementadas	Avaliação dos Resultados
<i>Alliance for Health Literacy</i>	2010	Promoção da Literacia em Saúde em diferentes campos de atuação.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Membros da <i>Alliance</i> – divididos em grupos (durante 10 meses) <ul style="list-style-type: none"> ○ Preparação de <i>workshops</i>; ○ Desenvolvimento e discussão de projetos; ○ Criação de pósteres e materiais de informação. 	A preparação intensiva por parte dos membros da <i>Alliance</i> contribuiu para uma muito melhor compreensão do conceito de Literacia em Saúde.
Revisão de <i>websites</i> holandeses sobre Saúde	2012-2014	Avaliação da <i>Online Health Information</i> (OHI), em holandês, no sentido de perceber se a informação disponibilizada reflete mensagens elementares que potenciem a compreensão de pessoas com níveis baixos de Literacia em Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar as imagens e vídeos utilizados e 	Não mencionado.
<i>Voorstad on the Move (VoM)</i>	2016-2020	Contribuição para a melhoria saúde e para a redução das desigualdades em Saúde; Melhorar a perceção de saúde dos habitantes de Voorstad.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Promover a saúde; ○ Promover a leitura junto dos cidadãos; ○ Envolver os profissionais de saúde no Programa; ○ Envolver os cidadãos e os parceiros na investigação de medidas e soluções. 	Mensurados os resultados do Programa em diferentes níveis: individual, profissional e comunitário.
<i>National Reading Strategy Tel mee met Taal</i>	2020	Promoção da Literacia dos mais iliterados e desfavorecidos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ajudar os municípios a alcançar pessoas com dificuldades nas competências básicas com o idioma (holandês), com matemática e o meio digital; ○ Incentivar os empregadores a investir na formação de pessoas menos qualificadas, como forma de aumentar a segurança do trabalho; ○ Promover o envolvimento de voluntários na redução da iliteracia da população; ○ Promover, junto de profissionais de saúde juvenil e atendimento pré-escolar, o desenvolvimento de conhecimento e competências sobre habilidades de linguagem e leitura; ○ Promover a leitura nas crianças, nos pais, nas escolas, nas bibliotecas dos municípios; ○ Facultar informação e formas de comunicação eficazes aos profissionais de saúde; ○ Promover o envolvimento da sociedade civil nos seus postos de trabalho. 	Não mencionado.

As livrarias holandesas têm uma longa história nacional de campanhas, programas e atividades de promoção da leitura. Em 2020, foi criado o *National Reading Strategy Tel mee met Taal*⁽³²⁾, um programa apoiado pelo Governo holandês e que durará até 2024, que consiste num *website*, no qual são exibidas as livrarias públicas integrantes do projeto, que visa a promoção da leitura tanto de crianças como de adultos, exibindo diversas ações específicas a vários grupos sociais (tabela 7).

4 Reflexão e Análise Crítica

Sendo a Literacia em Saúde um constructo com múltiplas dimensões, a existência de vários instrumentos de avaliação de Literacia em Saúde revela-se um desafio, não que a sua existência seja o problema, visto que cada um tem as suas especificidades, mas sim, pelas diferentes abordagens metodológicas e resultados encontrados, que avaliam domínios distintos de Literacia em Saúde e categorizam o conceito em estudo de maneiras diferentes, recorrendo a pontuações desiguais. A adicionar a isso, as amostras de indivíduos usadas nos vários estudos analisados podem revelar-se bastante díspares, diminuindo a viabilidade de possíveis comparações. É fundamental que a avaliação da Literacia em Saúde seja feita em diferentes países e com recurso a um instrumento comum e adaptado culturalmente, por forma a aferir níveis de Literacia em Saúde das populações em causa, avaliar o diferencial que existe entre os países envolvidos e compará-los⁽²⁾. Assim como utilizar estudos de diferentes anos e diversos instrumentos de avaliação de Literacia em Saúde não permite ter uma noção exata e fidedigna da evolução do conceito em estudo para cada país, também dificulta a comparação dessa evolução com outros países.

Neste sentido, a medição da Literacia em Saúde permite: reforçar o conhecimento e a base de evidência para medir e avaliar a Literacia em Saúde; reconhecer a importância da informação em saúde; e aplicar os conhecimentos de Literacia em Saúde no desenvolvimento de programas de saúde⁽¹³⁾.

4.1 Determinantes de Literacia em Saúde

De acordo com os vários estudos apresentados para os países em análise, constata-se que a tendência evolutiva dos níveis de Literacia em Saúde é semelhante entre os três, no sentido em que, de um modo global, as subidas e descidas dos níveis de Literacia em Saúde ocorrem praticamente nos mesmos anos. Contudo, esta análise deve ser feita com cautela pelo facto de os anos considerados não serem sobreponíveis para os três países; para Portugal e a Alemanha os anos até são próximos, mas para a Holanda não só o estudo de 2011⁽¹⁴⁾ é muito apartado dos outros dois, como os anos de 2017 e 2018 são demasiado próximos entre si para que se consiga – com estes dados – ter uma noção fidedigna da evolução da Literacia em Saúde.

Por outro lado, a População Portuguesa parece ser a que mais melhorou a sua Literacia em Saúde: o nível «adequado» sofreu um aumento maior em relação ao das outras duas Populações analisadas, acompanhado por decréscimos mais acentuados dos níveis

«problemático» e «inadequado», no entanto, Portugal é o único país com dados de 2020, enquanto Alemanha e Holanda têm dados somente até 2017 e 2018, respetivamente.

Ainda assim, não descorando as ressalvas feitas, de uma forma global, pode afirmar-se que a tendência evolutiva da Literacia em Saúde mostra-se positiva e idêntica para as três Populações.

Fazendo uma análise mais específica da evolução dos níveis de Literacia em Saúde de Portugal (HLS), para os anos de 2011, 2014 e 2020 (gráfico 2), verifica-se que, apesar de o nível «excelente» de Literacia em Saúde ter diminuído ao longo destes anos, o nível «suficiente» aumentou de 2014 para 2020, aparentando acompanhar a evolução do conceito em estudo, bem como as medidas implementadas no âmbito da sua promoção.

Em relação aos Determinantes de Literacia em Saúde analisados, é muito difícil elaborar comparações concretas ou rigorosas entre os três países, devido às disparidades na estratificação das amostras e dos dados colhidos, como se torna perceptível pela observação das tabelas 2, 3 e 4.

Nos Determinantes Demográficos tanto as faixas etárias definidas, como a estratificação dos Níveis de Escolaridade praticamente não são sobreponíveis entre os estudos selecionados, não só entre os diferentes países, mas também dentro do mesmo país, o que inviabiliza potenciais correlações ou compreensão da *efetiva* influência que aqueles terão na tendência evolutiva da Literacia em Saúde das Populações. Além de que, principalmente no Determinante Nível de Escolaridade, a divisão distinta entre os diferentes trabalhos pode conduzir a erros de interpretação dos dados, não só pelo uso de nomenclaturas díspares, como número de anos ou designação do nível de ensino, mas também pela maneira como o Ensino Superior é categorizado.

Os Determinantes Socioeconómicos e os Determinantes de Saúde são ainda mais difíceis de serem usadas em análises comparativas, por um lado, por serem pouco estudados nos trabalhos selecionados e, por outro, quando existentes, serem categorizados de formas ainda mais díspares que os anteriores, impossibilitando, uma vez mais, o seu recurso para o tema desta dissertação.

De acordo com o Consórcio Europeu⁽¹⁴⁾, a «privação financeira» (*financial deprivation*) continua a ser o preditor mais relevante de baixos níveis de Literacia em Saúde, seguido da situação profissional (*status social*), educação e idade, sendo o sexo manifesta um efeito menor.

Contudo, apesar das dificuldades comparativas expostas acima, sabe-se que os níveis de Literacia em Saúde das populações não só são influenciados por Determinantes Demográficos e de Saúde dos indivíduos, mas também pelo contexto cultural e socioeconómico de cada país, pelo que essas *variáveis* devem ser todas tidas em conta nesta análise.

Sendo assim, posteriormente, apresentaram-se outros Determinantes de Literacia em Saúde, na tentativa de aumentar a compreensão dos contextos dos países em análise: Nível de Escolaridade, Taxa de Desemprego e Rendimento Médio.

Começando pelo Nível de Escolaridade em Portugal, e tendo em conta os dados apresentados na Secção dos Resultados, os níveis de ensino dos Portugueses melhoraram, ao longo dos anos, de forma gradual. Apesar de não ser possível estabelecer uma influência direta entre o referido Determinante e a melhoria global da Literacia em Saúde em Portugal, devido às variações tanto positivas como negativas dos níveis desta, pode mencionar-se uma correlação destes dois fatores, tendo em conta que se sabe que o aumento dos níveis de Educação e Formação melhoram, de um modo geral, a Literacia em Saúde dos cidadãos.

Para a Alemanha e a Holanda, a análise torna-se mais complicada, visto o Determinante em causa nestes dois países ter variações menos acentuadas. Na Alemanha, a População sem o Ensino Secundário, a População com o Ensino Superior e a Taxa de Abandono Precoce de Educação e Formação sofreram *pequenas* oscilações, ao longo dos anos estudados, não parecendo ter influência na tendência evolutiva dos níveis de Literacia em Saúde dos Alemães, pois não são coincidentes com as variações do conceito em estudo. Já a Holanda, apresenta percentagens da População sem o Ensino Secundário muito inferiores a Portugal e superiores à Alemanha, percentagens da População com o Ensino Superior inferiores a Portugal e superiores a Alemanha e, uma Taxa de Abandono Precoce de Educação e Formação constantemente abaixo da dos Alemães e com poucas oscilações, o que se revela aparentemente concordante com níveis «adequado», «problemático» e «inadequado» de Literacia em Saúde consistentemente melhores em relação aos outros dois países (Portugal e Alemanha).

Quanto às Taxas de Desemprego de Portugal e da Holanda tiveram variações idênticas: as de Portugal aumentaram até 2013, começando nesse ano a decrescer paulatinamente, sendo a mais inconstante a Taxa de Desemprego na População com Ensino Superior; já na Holanda, aumentaram até 2014, tendo começado nesse ano a diminuir também de forma gradual. Nestes casos e mais uma vez, é difícil relacionar a tendência evolutiva dos

níveis de Literacia em Saúde nestas duas Populações com esse Determinante, visto que para Portugal o ano de 2013 não coincide com a melhoria dos níveis do conceito em estudo e, para a Holanda não existem dados de Literacia em Saúde para o ano de 2014, nem para anos próximos. Na Alemanha, as Taxas de Desemprego diminuíram de forma gradual, ao longo dos anos, o que não se demonstra concordante com as variações tanto positivas como negativas dos níveis de Literacia em Saúde desta População.

Posto isto, importa ressaltar que visto a Holanda não apresentar dados dos níveis de Literacia em Saúde entre os anos de 2011 e 2017 e, mesmo assim se terem exposto as percentagens relativas aos três Determinantes pesquisados e analisados anteriormente, para todo esse período, este torna-se mais um fator a ter em conta pela condução a erros que possa causar.

Apesar de tanto para a Alemanha como para a Holanda, as Taxas de Desemprego terem sofrido um ligeiro aumento de 2019 para 2020, estes dados não podem ser contemplados nesta análise, já que nenhum dos dois países apresenta valores de Literacia em Saúde para os mesmos.

Por último, o Rendimento Médio exibido para os três países revelou um aumento gradual, ao longo dos anos considerados, sendo que a Holanda se mostrou, consistentemente, acima da Alemanha e esta, de Portugal. Este *crescimento* parece coincidir com os melhores níveis de Literacia em Saúde dos Holandeses, sendo não aparenta acompanhar a melhoria dos níveis «adequado» e «inadequado» de Literacia em Saúde dos Portugueses. Relativamente a este Determinante, à semelhança dos anteriores, não é possível tirar elações acerca da sua influência concreta no conceito em estudo por, mais uma vez, a sua evolução não ser concordante com as variações de Literacia em Saúde.

4.2 Período de 2011 a 2014

Entre os anos de 2011 e 2014, ocorreu, como demonstrado através do gráfico 1, uma diminuição da Literacia em Saúde tanto em Portugal como na Alemanha. Na Holanda, apesar de não terem sido encontrados dados, especificamente, para o ano de 2014, é possível inferir, pela observação do mesmo gráfico, uma diminuição da Literacia em Saúde a partir de 2011, nesse país.

Talvez seja pertinente começar por abordar a Crise Económica Europeia de 2008-2013 que, apesar de não corresponder ao período visado, é lógico o seu impacte nas sociedades

no período de 2011 a 2014. Em Portugal e na Holanda houve um aumento da Taxa de Desemprego, tendo este Determinante mantido uma *curva* descendente na Alemanha; provavelmente devido ao menor impacto que a referida crise teve nesse país. Também a Taxa de Desemprego da População sem Nível de Ensino ou o Ensino Básico e a Taxa de Desemprego na População com o Ensino Superior seguiram a tendência descrita acima em Portugal e na Holanda, o mesmo não se verificando, mais uma vez, na evolução da Alemanha.

Relativamente ao Nível de Escolaridade, torna-se difícil assumir a sua influência nos níveis de Literacia em Saúde neste período, uma vez que enquanto a percentagem de População sem o Ensino Secundário aumentou em Portugal nos anos de 2012 e 2013, diminuiu – ligeiramente – nos anos da Crise Económica na Alemanha, e diminuiu progressivamente na Holanda; a percentagem de População com o Ensino Superior aumentou gradualmente, ao longo dos anos, em Portugal e na Holanda e, diminuiu na Alemanha em 2014 (e 2015 – aumentando paulatinamente nos restantes anos). Talvez a influência de cada Determinante Socioeconómico selecionado varie de país para país, sendo difícil encontrar tendências, quando estas são díspares entre as três populações analisadas.

Quanto à Taxa de Abandono Precoce da Educação e Formação, esta apresentou uma diminuição consistente em Portugal, à exceção do ano de 2016; tem oscilado na Alemanha, com decréscimos em 2013 e 2014, mas com aumento em 2015 que se foi, mais ou menos, mantendo; e com oscilações entre 2011 e 2014, na Holanda, com diminuição consequente progressiva. Uma vez mais, torna-se difícil correlacionar com a evolução da Literacia em Saúde nos três países, já que, *contraditoriamente*, esta Taxa aumentou em 2016 em Portugal; na Alemanha, diminuiu em 2013 e 2014, quando supostamente a Literacia em Saúde piorou; e, aumentou – de forma intermitente – na Holanda, sendo que atingiu o seu valor mais alto em 2013, estando este ano contemplado no período em análise e que, este sim, se encontra de acordo com a tendência evolutiva negativa denotada nos níveis de Literacia em Saúde.

Assim, os três Determinantes considerados relativamente ao Nível de Escolaridade parecem não ter uma influência relevante nos níveis de Literacia em Saúde dos Alemães, pois as variações das *curvas* de cada um dessas *variáveis* são muito ténues em comparação com as das de Literacia em Saúde. Já para Portugal e para a Holanda, a evolução dos três Determinantes referidos é mais concordante com a tendência de progressão dos níveis de Literacia em Saúde, apesar de, uma vez mais, não se poder

inferir taxativamente que as *variáveis* consideradas tiveram – ou não – um papel dominante na evolução da Literacia em Saúde destas duas populações.

Nos três países considerados, o Rendimento Médio foi aumentando de forma paulatina ao longo dos anos, sendo que em todos estes países as reduções que existiram foram mínimas e talvez não dignas de serem consideradas como impactantes na evolução da Literacia em Saúde destas populações. Ainda assim, não se pode desconsiderar que, sendo os valores de Rendimento Médio dos Alemães e dos Holandeses consistentemente superiores aos dos Portugueses, de uma forma geral, as percentagens de Literacia em Saúde adequada dos primeiros demonstrou-se superior às dos últimos.

A análise dos vários Determinantes expostos deve de ser feita simultaneamente à análise das medidas implementadas por cada país e, neste caso, mais concretamente a partir de que ano é que cada um se começou a debruçar sobre a temática da Literacia em Saúde. Como já foi referido, Portugal incluiu a Literacia em Saúde pela primeira vez nas suas discussões sobre Saúde em 2014 e a Alemanha em 2017. O caso da Holanda é diferente, visto que as ações dirigidas à promoção da Literacia em Saúde são da responsabilidade de organizações da sociedade civil, sendo que se encontraram registos de medidas a partir do ano de 2010.

4.3 Período de 2014 a 2020

Para Portugal torna-se fácil perceber que, se as medidas começaram a ser implementadas em 2014, os seus efeitos não surgiram de imediato nem teriam repercussões nos níveis de Literacia em Saúde da População Portuguesa no mesmo ano. Daí, ser compreensível que só nos anos seguintes o nível adequado de Literacia em Saúde aumentasse para valores superiores aos de 2011. Além desse, os vários planos e programas que se seguiram terão contribuído para a promoção e melhoria da Literacia em Saúde dos Portugueses, como são indicativos os valores obtidos para o ano de 2020⁽⁴³⁾.

Já a avaliação da Alemanha revela-se mais difícil porque, apesar de ser notória a inversão da *curva* em 2014, isto é, ser a partir deste ano que a Literacia em Saúde dos Alemães melhora de forma considerável, as oscilações tanto em termos de níveis de Literacia em Saúde, como, em termos percentuais – ainda que muito ligeiras –, dos Determinantes tornam praticamente impossível estabelecer associações e correlações acerca da evolução de cada variável e, conseqüentemente, determinar as influências dos segundos nos primeiros. Simultaneamente, essa dificuldade estende-se aos possíveis efeitos de medidas implementadas. Contudo, e como já mencionado, começou a discutir-se a

criação de um Plano de Ação nacional em 2017, que avançou em 2018, o que, por sua vez, não justifica o aumento da Literacia em Saúde, na Alemanha, a partir de 2014, visto que para isso as recomendações teriam de ser postas em prática antes de 2014, para que os seus efeitos se verificassem a partir desse ano. Seria relevante ter noção dos níveis de Literacia em Saúde da População Alemã de 2019 e/ou 2020. Por outro lado, existe a plataforma digital criada a partir de 2008 que, mais uma vez, dificulta esta avaliação, pois os níveis de Literacia em Saúde dos Alemães, apesar de terem melhorado ligeiramente de 2011 para 2013, pioraram desse ano para 2014, tendo a partir de então começado a subir de forma mais consistente, o que não atribui a eficácia à referida plataforma. A juntar a todos estes fatores, está a forma como o *National Action Plan Health Literacy for Germany* foi implementado e cujos resultados foram exultados. A metodologia de aplicação do *National Action Plan Health Literacy for Germany* parece ter sido o fator do sucesso do aumento dos níveis de Literacia em Saúde na População Alemã⁽²⁷⁾.

Dos três países, a Holanda é o mais complicado de analisar não só por as medidas implementadas serem da responsabilidade de ações da sociedade civil e ser difícil assegurar que se obteve um conjunto representativo das medidas implementadas, mas também porque existe um período longo sem dados sobre os níveis de Literacia em Saúde de 2011 a 2017. Apesar de, como mencionado, se poder considerar que as primeiras medidas para a promoção da Literacia em Saúde datam de 2010, foi a partir do ano de 2017 que, segundo os dados encontrados, os níveis do conceito em análise começaram a aumentar na População Holandesa⁽²⁸⁾. Ora, à semelhança do referido para Portugal, em princípio, as medidas terão efeito não no próprio ano da sua implementação, mas posteriormente, o que pode reforçar a existência de outras ações nos anos anteriores. Mesmo considerando outras medidas (tabela 7), de anos anteriores a 2017, torna-se difícil avaliar o seu impacto geral na evolução da Literacia em Saúde do país, devido à falta de dados, pelo que, seria relevante ter noção dos níveis do conceito em análise para anos como 2014, por exemplo, por se encontrar a meio do período em falta e por ser sobreponível com os dados dos outros dois países (Portugal e Alemanha).

4.4 Políticas Nacionais (PT, AL e HL)

Importa esclarecer que as Políticas de cada país analisado estão organizadas de formas diferentes. Ora, Portugal e a Holanda são países sem estrutura federal para a Literacia em Saúde. Em Portugal, o Ministério da Saúde é responsável pelas Políticas de Saúde tanto a nível nacional, como nos níveis regional e local, o que facilita a implementação de medidas promotoras da Literacia em Saúde em todos estes níveis⁽²⁹⁾. Assim, e como

já foi feita referência, o Plano de Ação para a Literacia em Saúde é parte integrante do PNS Português, sendo o seu desenvolvimento guiado pelos mesmos princípios e objetivos daquele. Já na Holanda, pelo contrário, as ações dirigidas à Literacia em Saúde ocorrem de forma independente do Sistema de Saúde, não demonstrando uma perspetiva médica proeminente; em vez disso, essas ações são levadas a cabo por redes sociais que consideram a Literacia em Saúde na perspetiva dos direitos dos cidadãos. Na Alemanha, o Sistema de Saúde não é controlado pelo Estado, mas sim por organizações de acordo com o princípio da subsidiação, o que significa que o Estado apenas pode formular princípios políticos que poderão ser implementados, de forma independente, por organizações e associações⁽²⁷⁾.

Os Planos de Ação de Portugal foram iniciados pelas autoridades públicas; na Holanda, foram iniciados pelo sector não-governamental (organizações não governamentais)⁽²⁹⁾. Por oposição a um plano de ação iniciado pelas autoridades, de implementação *top-down*, um plano de ação iniciado pelos Sectores Social e de Saúde deve ser assumido pelo Governo, para melhor coordenação e financiamento. Também na Alemanha, o Plano Nacional de Ação para a Literacia em Saúde foi uma iniciativa de um grupo independente da sociedade civil, que defendia a melhoria dos níveis de Literacia em Saúde da população. O restante processo foi semelhante ao explicitado para a Holanda, emergindo uma forma de implementação *bottom-up*⁽²⁶⁾.

Muitos planos de ação e políticas para a Literacia em Saúde não deixam clara a distinção entre atores e parceiros. No Plano de Ação para a Literacia em Saúde de Portugal é feita menção a vários parceiros, como sejam os Sectores Público, Social e Privado, Ministérios e Comissões interministeriais, universidades, ordens profissionais, sociedades científicas, organizações não governamentais, *media*, sociedade civil e associações de doentes⁽²⁹⁾. Na Holanda, as parcerias são a real essência da Política para a Literacia em Saúde, com mais de oitenta organizações a trabalhar de forma voluntária sob a alçada da *Alliance for Health Literacy*, incluindo instituições académicas e de investigação, organizações de prestação de cuidados de saúde e de doentes, indústria, seguradoras de saúde e iniciativas de instituições locais. Neste ponto, a Alemanha assemelha-se, uma vez mais, à Holanda⁽²⁶⁾.

Usualmente, um plano de ação não substitui ações que já foram tomadas. Assim, na Holanda, é dada continuidade às várias ações que foram iniciadas pelas diversas organizações envolvidas, sendo que a *Alliance for Health Literacy* facilitou a existência de iniciativas mais *centralizadas*. Em Portugal são efetuados os dois tipos de abordagem: promoção de ações existentes, bem como o desenvolvimento de novas medidas⁽²⁹⁾. A

Alemanha, desta feita, assemelha-se a Portugal, encarando a implementação de ações como um *continuum*, mas tendo em conta os grupos-alvo específicos e as medidas inovadoras que devem ser introduzidas no sentido de colmatar as necessidades detetadas⁽²⁶⁾.

Quanto ao financiamento, existe uma clara diferença entre os planos e programas desenvolvidos pelo Governo, em que o financiamento é facultado pelas autoridades – no caso de Portugal, pela DGS sem recurso a financiamento externo –, e as atividades promovidas por ONG's – como no caso da Holanda – que são financiadas por recursos privados⁽²⁶⁾. Na Alemanha o financiamento é, provavelmente, externo e escasso⁽²⁴⁾.

Portugal é o único país que apresenta, de forma detalhada, *milestones* concretas para a implementação das medidas criadas. Já a Holanda não parece ter uma abordagem de Política Pública Nacional para a Literacia em Saúde, nem metas definidas. Apesar disso, tanto a Holanda como a Alemanha são membros da *Alliance for Health Literacy*⁽²⁸⁾, que possui um plano de trabalho com medidas elencadas e definidas.

De uma forma geral, os vários países têm em consideração toda a população, podendo prestar mais atenção a grupos específicos. No caso de Portugal, a Política da Literacia em Saúde segue o ciclo de vida, focando-se, especialmente, em momentos de transição da vida. Na Holanda, por sua vez, as intervenções para a Literacia em Saúde são direcionadas a grupos vulneráveis de acordo com as atividades das organizações parceiras⁽²⁸⁾. Pelo contrário, na Alemanha, as várias medidas apresentadas dirigem-se à população geral, sem definição de grupos específicos.

Em países como é o caso de Portugal, o desenvolvimento de medidas ou planos de ação para promoção da Literacia em Saúde surgiram paralelamente à reforma do Sistema de Saúde. Assim, Portugal iniciou o planeamento das suas Políticas de Literacia em Saúde com a reforma integrada no projeto *SNS+Proximidade*, cujo foco está em ser o utente o centro dos cuidados. A Holanda desenvolveu planos de ação mais amplos que cobrem todo o Sector dos cuidados de saúde, incluindo alguns elementos que se relacionam com a Literacia em Saúde⁽²⁸⁾.

Importa ressaltar que o desenvolvimento de programas ou atividades promotoras da Literacia em Saúde pode ocorrer na ausência de planos de ação ou Políticas Nacionais⁽²⁹⁾. Na verdade, isso está mais dependente de outros fatores como: a *consciência* que se tem sobre o conceito; a existência de um sector não-governamental forte; a organização do

sistema de saúde; a conceção dos direitos civis e a disponibilidade de incentivos financeiros.

Assim sendo, o nível de Literacia em Saúde de um cidadão é influenciado não só pelas suas características individuais, mas também pelo seu contexto cultural e social, pela forma como o Sistema de Saúde está organizado e a informação sobre saúde é comunicada. Claro que um Sistema de Saúde complexo se torna mais difícil de ser navegado pelos seus utilizadores; assim, este paradigma abre a possibilidade de desenvolver e implementar intervenções multidimensionais e políticas que tenham em conta todos os aspetos da Literacia em Saúde⁽²⁹⁾.

O aumento contínuo e progressivo dos níveis de Literacia em Saúde, a partir de 2014, poderá não ser consequência de medidas implementadas, mas por melhoria das condições socioeconómicas gerais e do aumento do número de cidadãos com qualificações formativas e/ou académicas cada vez mais avançadas e complexas. Além disso, de destacar que, nos estudos analisados, as características dos grupos mais vulneráveis mantêm-se exatamente as mesmas ao longo do tempo. Assim, além da evolução natural e espontânea das sociedades, é importante realçar a implementação de medidas e políticas que se têm revelado eficazes na promoção da Literacia em Saúde dos indivíduos.

No estudo de Schaeffer *et al*⁽¹⁶⁾, concluiu-se que, na prática diária, os médicos devem interagir mais com os utentes que tenham níveis baixos de Educação e de Literacia em Saúde. Acrescentam, ainda, que os médicos devem adaptar a sua comunicação verbal e escrita para ir ao encontro das necessidades deste *grupo* de cidadãos. Portugal e Alemanha incluem medidas nesse âmbito nos seus planos e ações, sendo que na Holanda também é demonstrada essa preocupação, apesar de não ter sido possível identificar medidas mais específicas.

A monitorização do plano de ação é fundamental para o acompanhamento e avaliação do impacto das medidas implementadas, no entanto, até ao momento, isso raramente foi feito, tendo apenas Portugal estabelecido *milestones* precisamente no documento *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*⁽⁵⁾.

The International Coordination Center for the HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy of EHII⁽³³⁾ corrobora muitas das conclusões já abordadas, acrescentando um outro tópico também relevante nesta discussão: o recurso a meios digitais. O aumento da informação de saúde

disponível em formato digital acentua a necessidade de competências por parte dos cidadãos para a usarem adequadamente. Sendo assim, investigadores, autoridades e responsáveis pelas Políticas devem ter noção da importância de potenciar a capacidade de os utentes recorrerem a esses recursos digitais para uma melhor gestão da doença e/ou da sua situação de saúde, promovendo a Literacia em Saúde Digital das populações. Um dos objetivos deste Consórcio era produzir evidência de Políticas, ações e mais investigação necessária; os resultados permitiram distinguir os aspetos e domínios da Literacia em Saúde que necessitam de mais atenção, no entanto, não providenciam evidência para intervenções específicas nas áreas necessitadas de ser melhoradas⁽³³⁾.

4.5 Limitações

Durante o desenvolvimento desta dissertação foram encontradas algumas limitações que poderão ser importantes para a análise dos resultados obtidos. A migração e a evolução da Literacia em Saúde em grupos específicos da sociedade são dois desses exemplos. No contexto europeu, os fluxos migratórios são frequentes e constantes, não só entre cidadãos europeus, mas também de pessoas provenientes de outras origens. Neste sentido, será importante acautelar, em futuras investigações, esta variável pela importância dos Determinantes culturais. Os cidadãos migrados poderão apresentar níveis de Literacia em Saúde dissonantes da população geral nativa do país que os acolhe, sejam valores mais altos ou mais baixos; ao não se considerar esta fração da população em cada um dos três países analisados, poderão estar a cometer-se erros nas elações e conclusões que se inferem. Por outro lado, grupos específicos das populações, como idosos, adolescentes ou estudantes, podem apresentar tendências evolutivas diferentes quando analisados por si só, do que quando integramos na evolução global de toda a população de um país.

Outra possível limitação é não terem sido apresentados os valores dos diferentes domínios da Literacia em Saúde, tendo-se optado por apresentar sempre os valores globais, sem distinções. Pode, também, associar-se a este tópico a referência à Literacia em Saúde Digital, conceito mais recente que se demonstra extremamente pertinente nos dias de hoje e no futuro das sociedades. Sendo assim, sugere-se que em futuros estudos estas especificidades sejam ponderadas para um melhor alcance da total complexidade do conceito analisado.

Outro ponto a destacar é relativo às Políticas de Saúde dos três países, no sentido em que não puderam ser, nesta dissertação, esmiuçadas de uma forma completa para que a análise e compreensão das conjeturas sistémicas e culturais de cada país conduzisse a

justificações mais concretas acerca da evolução dos níveis de Literacia em Saúde das diferentes populações estudadas. Desta forma, sugere-se que, em próximas investigações, se aprofunde a análise dos níveis das Políticas de Saúde de cada país, permitindo, desta forma, um melhor entendimento do funcionamento dos Sistemas de Saúde dos contextos estudados.

5 Conclusão

A Literacia em Saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de maneira a tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida⁽⁵⁾. Baixos níveis de Literacia em Saúde estão relacionados com um maior número de internamentos, com uma utilização mais frequente dos serviços de urgência e com uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, levando a uma diminuição da qualidade de vida⁽²³⁾.

Ainda assim, apesar das diversas vantagens que se podem enumerar a favor da melhoria da Literacia em Saúde das populações, e como se tornou perceptível ao longo desta dissertação, aquele é um conceito influenciado – positiva ou negativamente – por vários Determinantes sociais, económicos e culturais, que o tornam difícil de estudar e analisar com assertividade. Como foi possível constatar, não se conseguiu concluir – com certeza – o que efetivamente levou, de uma forma geral, à diminuição da Literacia em Saúde entre 2011 e 2014 e ao seu aumento a partir desse último ano, nos três países europeus considerados. Neste sentido, ainda mais complicado se torna avaliar as razões por detrás de variações da tendência evolutiva do conceito em análise mais ou menos expressivas.

Em Portugal, a ligeira diminuição percentual do nível «excelente» de Literacia em Saúde simultânea ao aumento importante do nível «suficiente», no ano de 2020, toma destaque e reforça a necessidade de mais investigação tanto no âmbito dos fatores influenciadores dos níveis de Literacia em Saúde dos indivíduos, como nos resultados obtidos com as medidas e planos de ação definidos e implementados.

A aposta no desenvolvimento e na implementação de ações, planos e medidas de promoção da Literacia em Saúde nos três países analisados, parece ser acompanhada da melhoria dos níveis do conceito em estudo das suas populações. Assim, a aposta na análise das políticas promotoras da Literacia em Saúde deve ser tida como fundamental, considerando as diferenças e barreiras culturais, podendo estas servir de motivação para encontrar soluções transversais aos diferentes países na procura do aumento dos níveis de Literacia em Saúde das suas populações.

Os efeitos nos resultados de saúde de um nível «inadequado» de Literacia em Saúde podem ser atenuados através de apoio social ou pelas características do próprio sistema de saúde. Moritsugo, citado por Pedro *et al*⁽²⁾, defende que um nível «inadequado» de

Literacia em Saúde não é exclusivamente um problema individual, mas um problema sistémico, em que deve ser assegurado que as estratégias de intervenção, os programas dos cuidados de saúde e das autoridades de saúde estão em conformidade com as necessidades da população. Segundo o mesmo autor, o Sistema de Saúde tem um papel crucial no desenvolvimento das competências do cidadão e da comunidade, no sentido da promoção do seu nível de Literacia em Saúde. Por se tratar de um determinante sistémico, e não de um problema isolado, na definição de programas e iniciativas de promoção de Literacia em Saúde, há que ter em conta não só os aspetos ligados diretamente à saúde, mas também os relacionados com as condições de vida⁽²⁾. O mesmo deve ser feito quando se analisam e discutem os dados relativos aos perfis de Literacia em Saúde das populações, já que estes são fortemente influenciados pelos Determinantes sociais, demográficos e económicos.

Neste sentido, e como realça o Consórcio Europeu⁽¹⁴⁾, as proporções consideráveis de pessoas com níveis limitados ou inadequados de Literacia em Saúde demonstram-se um grande desafio para a Saúde Pública dos países europeus. Assim, a promoção da Literacia em Saúde deve ser sistemática, visto que medidas individuais não são suficientes, e os Serviços de Saúde devem ser mais informativos e fáceis de entender. Enquanto as primeiras definições de Literacia em Saúde se focavam nas competências dos indivíduos para aceder e compreender o Sistema de cuidados de saúde, os estudos mais recentes dão mais ênfase à relação entre as demandas de informação de saúde e a Literacia em Saúde das populações, o que, basicamente, promove uma troca no paradigma em que a perspetiva de «défice» por parte do cidadão é alterada para um modelo no qual o Sistema é mais ativo⁽²⁹⁾.

Posto isto, o desenvolvimento destes estudos em diversos países, mostra-se não só útil, como necessário para o aumento e diversificação de conhecimento para a ação, aspetos cada vez mais valorizados pelas populações e pelas instituições que lidam diretamente com a problemática da saúde⁽³⁾.

A comparação das Políticas dos três países analisados nesta dissertação demonstra a diversidade de alcance, foco e detalhe no nível de implementação de medidas e planos de ação dirigidos à promoção da Literacia em Saúde. As diferenças assinaladas são totalmente compreensíveis considerando as estruturas governamentais dos países, a organização dos seus Sistemas de Saúde e a forma como a Literacia em Saúde foi integrada na agenda dos mesmos.

Através da análise dos resultados desta dissertação, pode concluir-se que o aumento dos níveis globais de Literacia em Saúde é coincidente com a implementação de planos de ação e medidas promocionais dirigidas às três populações estudadas. Face a esta melhoria, é de destacar a importância que deverá ser estratégica em focar as políticas de promoção da Literacia em Saúde também nos grupos vulneráveis, que parecem manter as suas características ao longo do tempo. Assim, será importante customizar as medidas ou ações em função dos Determinantes conhecidos, seguindo o mote da OMS «*leave no one behind*», promovendo, desta forma, a equidade como peça central da Saúde.

A Literacia em Saúde traduz-se como um construto abrangente não só da responsabilidade do Sector da Saúde, como de outros: educação, segurança social, ambiente; tanto no sector público como no privado e no terceiro sector. Todos devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde das populações, assegurando que cada cidadão tenha oportunidade de fazer escolhas saudáveis e de cumprir o seu potencial de saúde⁽²⁰⁾.

6 Bibliografia

1. Sørensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet] 2012; 12:80. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>;
2. Pedro A, 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 Saúde Pública* [Internet] 2016; 34(3): 259-275. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>;
3. Espanha R, Ávila P, Mendes R. Literacia em Saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian [Internet] 2016; 96. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal/>;
4. Paiva D, Silva S, Severo M, Moura-Ferreira P, Lunet N, Azevedo A. Prevalência de Literacia em Saúde Inadequada em Portugal Medida com o *Newest Vital Sign*. *Acta Médica Portuguesa* [Internet] 2017 dez; 30(12): 861-869. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9135/5257>;
5. Arriaga M, Santos B, Silva A, Mata F, Chaves N, Freitas G. Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019 mar. 16p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>;
6. Pires C, Rosa P, Vigário M, Cavaco A. Short Assessment of Health Literacy (SAHL) in Portugal: development and validation of a self-administered tool. *Primary Health Care Research & Development* 2018; 20(e51): 1-18. DOI: 10.1017/S1463423618000087;
7. Baggott R. *Public Health Policy & Politics*. 2.^a Edição. Reino Unido: Palgrave Macmillan; 2011;
8. Hunter D. *Public health policy*. 2003. Capítulo 1, Public health policy; p. 15-30. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/David-Hunter-3/publication/30052803_Public_Health_Policy/links/56efe21208ae01ae3e70e230/Public-Health-Policy.pdf;

9. Santos J, Erdmann A, Meirelles B, Lanzoni G, Cunha V, Ross R. Integração entre Dados Quantitativos e Qualitativos em uma Pesquisa de Métodos Mistos. 2017; 26(3). DOI: doi.org/10.1590/0104-07072017001590016;
10. Delice A. The Sampling Issues in Quantitative Research. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice* [Internet] 2010; 10(4): 2001-2010. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=EJ919871>;
11. Isaacs A. An overview of qualitative research methodology for public health researchers. *International Journal of Medicine and Public Health*. 2014 out-dez; 4(4): 318-323. DOI: [10.4103/2230-8598.144055](https://doi.org/10.4103/2230-8598.144055);
12. Andrade N, Alves E, Costa A, Moura-Ferreira P, Azevedo A, Lunet N. Knowledge about cardiovascular disease in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet] 2018; 37(8): 669-677. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0870255117306832?token=CAF0E5FE3CA2B5A222AB02DA8FF7034F2500A76D6A8AB120A1C4A9A0D6099D4FEA9134956BBE492890BEC5B72B10203D&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211211173830>;
13. Arriaga M, Santos B, Costa A, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, Silva C, Mata F, Chaves N, Lopatina M, Sørensen K, Dietscher C, Freita G. Níveis de Literacia em Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2021 abr. 29 p. ISBN: 978-972-675-320-9;
14. Sørensen K, Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, Broucke S, Brand H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 2015 abr; 25(6): 1053-1058. DOI: [10.1093/eurpub/ckv043](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043);
15. Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 2015 jul; 58: 942-950. DOI [10.1007/s00103-015-2200-z](https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z);
16. Schaeffer D, Berens E, Vogt D. Health Literacy in the German Population. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 53-60. DOI: [10.3238/arztebl.2017.0053](https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0053);

17. Ehmann A, Groene O, Rieger M, Siegel A. The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020 mar; 17, 1683. DOI: 10.3390/ijerph17051683;
18. Rademakers J, Heijmans M. Beyond Reading and Understanding: Health Literacy as the Capacity to Act. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018 ago; 15, 1676. DOI: 10.3390/ijerph15081676;
19. Visscher, B, Steunenbergh B, Zwikker H, Heerdink E, Rademakers J. The impact of health literacy on beliefs about medication in a Dutch medication-using population. *European Journal of Clinical Pharmacology* [Internet] 2021 fev; 77: 1219-1224. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00228-021-03105-0>;
20. Torgal J. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Roteiro de Intervenção em Cidadania e Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014 novembro. 9 p. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2014/12/2014_12_>Cidadania-em-Saude.pdf;
21. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Ação – Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015 maio. 39 p. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>;
22. Portugal. Direção-Geral da Saúde. SNS +Proximidade – Mudança centrada nas pessoas. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2018. 69 p. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNSProximidade-1.pdf;
23. Almeida C, Silva C, Rosado D, Miranda D, Oliveira D, Mata F, Maltez H, Luís H, Filipe J, Moutão J, Lorangeira J, Cid L, Menezes M, Ferreira M, Loureiro M, Correia M, Silva N, Barbosa P, Carvalho P, Silva P, Horgan R, Assunção V. Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019 out. 59 p. ISBN: 978-972-675-288-2;
24. Schaeffer D, Gille S, Vogt D, Hurrelmann K. National Action Plan Health Literacy in Germany origin, development and structure. *Journal of Public Health: From Theory to Practice* [Internet] 2021 jul. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10389-021-01616-9>;

25. Bastian, H. Health literacy and patient information: Developing the methodology for a national evidence-based health website. *Patient Education and Counseling* [Internet] 2008 ago; 73(3): 551-556. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S073839910800462X>;
26. Schaeffer D, Gille S, Vogt D, Hurrelmann K. Implementation of the National Action Plan Health Literacy in Germany – Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020 jun; 17, 4403. DOI: 10.3390/ijerph17124403;
27. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K, Altiner A, Dierks M, Ewers M, Horn A, Jordan S, Kickbusch I, Klapper B, Pelikan J, Rosenbrock R, Schmidt-Gernig A, Schmidt-Kaehler S, Weishaar H, Woopen C. National Action Plan Health Literacy – Promoting Health Literacy in Germany. Berlim: Hertie School of Governance; 2018 abr. 62 p. Disponível em: <http://www.hlca-consortium.de/wp-content/uploads/2018/06/National-Action-Plan-Health-Literacy.pdf>;
28. Sørensen K, Maindal H, Heijmans M, Rademakers J. Work in Progress: A Report on Health Literacy in Denmark and Netherlands. *Health Literacy in Clinical Practice and Public Health*. 2020:202-211. DOI: 10.3233/SHTI200033;
29. Adriaenssens J, Rondia K, Broucke S, Kohn L. Health literacy: Waht lessons can be learned from the experiences and policies of different countries? *International Journal of Health Planning and Management* 2021; 1–16. DOI: 10.1002/hpm.3382;
30. Meppelink C, Weert J, Brosius A, Smit E. Dutch health websites and their ability to inform people with low health literacy. *Patient Education and Counseling* [Internet] 2017; 2012-2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399117303580?via%3Dihub>;
31. Jong M, Wagemakers A, Koelen M. Study protocol: evaluation of a community health promotion program in a socioeconomically deprived city district in the Netherlands using mixed methods and guided by action research. *BMC Public Health* [Internet] 2019; 19:72. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6335726/pdf/12889_2019_Article_6389.pdf;

32. Ministério da Educação, Cultura e Ciência [Internet]. Disponível em: <https://www.telmeemettaal.nl/>;

33. The ICC for the HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL. Executive Summary of the International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL. 2021 novembro. 26 p.;

34. PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo [Internet]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/>;

35. Eurostat – European Commission [Internet]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat>.

