



**COLEÇÃO** FORMAÇÃO  
AVANÇADA  
COMPETÊNCIAS HUMANIZADAS

# LITERACIA EM SAÚDE

## MODELOS, ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÃO

CARLOS LOPES  
CRISTINA VAZ DE ALMEIDA  
(Coordenadores)

ISPA



CENTRO  
DE EDIÇÕES

**LITERACIA EM SAÚDE**  
**Modelos, Estratégias e Intervenção**

LITERACIA EM SAÚDE: MODELOS, ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÃO

CARLOS LOPES & CRISTINA VAZ DE ALMEIDA

MARIA DA LUZ ANTUNES

© ISPA-CRL

RUA JARDIM DO TABACO, 34, 1149-041 LISBOA

COMPOSIÇÃO: ISPA – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO

ISBN: 972-989-8384-67-6

CARLOS LOPES  
CRISTINA VAZ DE ALMEIDA  
(Coordenadores)

**LITERACIA EM SAÚDE**  
**Modelos, Estratégias e Intervenção**

I S P A  

---

L i s b o a

# Í N D I C E

AUTORES	7
NOTA DE ABERTURA Carlos Lopes / Cristina Vaz de Almeida	9
PRÓLOGO HEALTH LITERACY: A CRUCIAL PROFESSIONAL SKILL FOR HEALTH IN THE 21 <sup>ST</sup> CENTURY Kristine Sørensen	13
A VISION FOR HEALTH LITERACY IN EUROPE Kristine Sørensen	15
A LITERACIA EM SAÚDE EM PORTUGAL E A IMPORTÂNCIA DO ILS-PT: INQUÉRITO EUROPEU SOBRE LITERACIA EM SAÚDE Rita Espanha	19
LITERACIA EM SAÚDE – CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O LADO MAIS FORTE DA BALANÇA Cristina Vaz de Almeida	33
CONTRIBUTOS DA LITERACIA EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO E RACIONALIZAÇÃO DE CUSTOS NA SAÚDE Maria da Luz Antunes / Carlos Lopes	43
ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A LITERACIA SOBRE O SONO DA MULHER Marta Barroca	65



## AUTORES

### **Carlos Lopes**

(clopes@ispa.pt | ORCID 0000-0002-6440-4739)

Professor Auxiliar no ISPA – Instituto Universitário. Diretor da pós-graduação em Literacia em Saúde (ISPA – Instituto Universitário). Diretor do Centro de Documentação e Diretor Executivo do Centro de Edições do ISPA. Investigador no APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion.

### **Cristina Vaz de Almeida**

(cristina.vazalmeida@scml.pt)

Diretora da pós-graduação em Literacia em Saúde (ISPA – Instituto Universitário). Diretora do Serviço de Gestão de Produtos de Apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Mestre em Novas Tecnologias Aplicadas à Educação (especialização em Comunicação em e-learning), pela Universidade Autónoma de Barcelona e Universidade Carlos III, Madrid (2007). Pós-graduada em Marketing, pelo Instituto Superior de Gestão (1996). Pós-graduada em Direito do Ambiente, pela Universidade Católica Portuguesa (1991). Licenciada em Direito, pela Universidade Católica Portuguesa (1990). Docente e formadora de inúmeros cursos de Comunicação e Literacia em Saúde, de Marketing em Saúde em instituições académicas e organizações de saúde (centros hospitalares, ARS, etc.).

### **Kristine Sørensen**

(contact@globalhealthliteracyacademy.org | ORCID 0000-0002-6179-7004)

Diretora fundadora da Global Health Literacy Academy, Dinamarca. Primeira presidente da International Health Literacy Association, chair da Health Literacy Europe e assessora da Organização Mundial da Saúde na área da literacia em saúde para a prossecução dos objetivos do desenvolvimento sustentável.

### **Maria da Luz Antunes**

(mluz.antunes@estesl.ipl.pt | ORCID 0000-0003-0942-7601)

Diretora da Biblioteca da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Instituto Politécnico de Lisboa) desde 2000. Investigadora integrada do APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion (ISPA – Instituto Universitário). Gestora do Repositório Científico do IPL desde 2011. Revisora editorial da Saúde & Tecnologia (desde 2008) e da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (desde 2014). Membro do Conselho da European Association for Health Information and Libraries. Áreas de investimento: Literacia da informação; Competências de investigação; Ciência Aberta; Bibliometria; e Literacia em saúde, especialmente junto dos idosos e dos portadores de doenças crónicas.

### **Marta Barroca**

(martabarroca13@gmail.com)

Médica especialista em Medicina Geral e Familiar na ARS Lisboa e Vale do Tejo. Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2012). Pós-graduada em Literacia em Saúde pelo ISPA – Instituto Universitário (2018).

### **Rita Espanha**

(rita.espanha@iscte-iul.pt | ORCID 0000-0002-6015-3215)

Professora Auxiliar do ISCTE-IUL. Investigadora do CIES-IUL. Desenvolve atualmente pesquisas nas áreas da Comunicação e Saúde, Literacia em Saúde e Participação Política na Era Digital. Diretora do Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação do ISCTE-IUL, participa nas redes de investigação World Internet Project (USC Annenberg) e Health Literacy Europe (<https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>). Autora de vários livros e artigos nas áreas da Saúde e Comunicação, Comunicação em Rede e Jovens e Media em Portugal.

## NOTA DE ABERTURA

*Carlos Lopes / Cristina Vaz de Almeida*

Em Portugal, a publicação do Despacho n.º 3618-A/2016 evidenciou a literacia em saúde como a referência nuclear da promoção de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, em que se preparam e apoiam os prestadores informais em cuidados domiciliários, no âmbito da prevenção da diabetes, da obesidade, mas também na promoção da saúde mental, do envelhecimento saudável e da utilização racional e segura do medicamento. Na mesma linha de atuação, em setembro de 2018 foi assinado um protocolo de colaboração inovador entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde; trata-se de uma parceria destinada ao apoio à decisão clínica, à formação profissional contínua e à literacia em saúde para todos os cidadãos. O protocolo pretende disponibilizar *online* e gratuitamente sistemas de apoio à decisão clínica internacionalmente reconhecidos (BMJ Best Practice, Cochrane Library, DynaMed Plus e UpToDate) com o objetivo de fornecer informação aos profissionais de saúde, que permita uma tomada de decisão clínica mais informada e baseada na melhor evidência científica. Para além dos profissionais de saúde, também os cidadãos beneficiarão do acesso livre à melhor informação, estando prevista a tradução de alguns conteúdos para português para facilitar a compreensão por parte da população.

Considera-se, assim, a literacia em saúde como facilitadora para a participação efetiva na prevenção, nos cuidados de saúde e na promoção da saúde. No entanto, existe ainda a necessidade de estudar a forma de promover a literacia em saúde e fazer com que constitua uma verdadeira influência na saúde.

\*

Esta obra nasceu neste contexto e com o propósito de servir de reflexão após a realização da 1ª edição da Pós-Graduação em **Literacia em Saúde: Modelos, estratégias e intervenção**, realizada no ISPA – Instituto Universitário no ano letivo 2017-2018. Esta pós-graduação teve como objetivo capacitar, desenvolver e aprofundar os conhecimentos dos profissionais nesta área emergente atualmente integrada no **Programa Nacional de Saúde em Portugal**.

Esta especialização visou proporcionar aos participantes uma compreensão analítica da diversidade de soluções existentes para o desenvolvimento da literacia em saúde em

Portugal, dotando-os de um conjunto de competências e conhecimentos e de instrumentos e ferramentas para aplicação e adaptação às situações específicas em saúde.

Procurou trabalhar e aplicar novos saberes, novas técnicas para uma mais eficaz mediação na gestão de conflitos em saúde; técnicas mais adequadas para melhorar os processos de comunicação entre os vários intervenientes na saúde, seja entre os profissionais e estes e o doente, nomeadamente nas questões da segurança em saúde, seja em organizações públicas ou privadas e intra e entre equipas de trabalho multiprofissionais.

Foram abordados os processos fundamentais do comportamento humano subjacentes aos processos de aprendizagem e de compreensão tanto do indivíduo como do coletivo, fulcrais do bem-estar e qualidade de vida. Permitiu de forma inequívoca uma estruturada **capacitação do profissional** da área da saúde.

Teve por base uma visão holística da relação humana, através de um plano de estudos com um carácter interdisciplinar, beneficiando de conceitos, modelos, teorias e técnicas de diferentes áreas científicas. Em paralelo, deu ênfase a uma aprendizagem experiencial, ativa e aberta ao espaço relacional, assente nos seguintes objetivos:

- Capacitar e envolver, influenciar e apoiar decisões em saúde;
- Desenvolver competências para a elaboração de planos e projetos em saúde que promovam a literacia em saúde;
- Desenvolver ações de promoção de estilos de vida saudáveis;
- Desenvolver competências na mediação e gestão de conflitos;
- Fomentar as aptidões e técnicas que promovam a mudança de atitudes e comportamentos em saúde;
- Desenvolver competências e estratégias comunicacionais e de informação para melhoria da literacia em saúde do cidadão;
- Propor soluções de maior interatividade e competências digitais que promovam uma maior literacia em saúde.

\*

É neste âmbito que se insere a presente publicação de vários textos que focam diferentes competências a desenvolver em literacia em saúde, nomeadamente:

- Adquirir, desenvolver e consolidar competências nas metodologias e técnicas de avaliação em literacia em saúde;
- Implementação nas organizações de programas de literacia em saúde, através de metodologias que permitam a conceção, elaboração, monitorização e avaliação de planos de ação;
- Aplicar técnicas de comunicação assertiva, clara e comportamento positivo (modelo ACP) para mudar atitudes e comportamento de saúde;
- Potenciar o *empowerment* do cidadão, nomeadamente nas competências digitais e contribuir para melhorar a educação para a saúde;
- Desenvolver estratégias de comunicação e informação em saúde para conseguir maior adesão terapêutica com utentes;
- Desenvolver técnicas para melhorar o relacionamento entre profissionais de saúde;

- Desenvolver competências para tornar exequíveis as orientações do Programa Nacional de Saúde, em particular o reforço do papel do cidadão e as estratégias de ativação do cuidador informal.

Conclui-se a importância da literacia em saúde como tema de investigação, que sugere que esta pode desempenhar um importante papel na manutenção ou melhoria da condição de saúde e que pode ser um elemento preditor pouco explorado de desigualdade em saúde.

\*

Um livro com esta temática tem uma dívida inestimável para com os profissionais da saúde, docentes, investigadores, estudantes e amigos (muitos dos quais se enquadram nestas categorias) que influenciaram e ajudaram os autores. Gostaríamos, em especial, de agradecer o apoio, assim como a todos aqueles que participaram na elaboração desta obra, partilhando connosco os seus saberes, aos profissionais que contribuíram para a edição deste livro e aos seus autores.

Os autores gostariam de agradecer o suporte e a disponibilidade de todos os PROFESSORES que participaram na 1ª edição da Pós-graduação Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção – Francisco George, José Mendes Nunes, Isabel Leal, Isabel Loureiro, Bruno Soares Rodrigues, Catarina Ramos, Fernando Barroso, Filipa Pinto Nunes, Kristine Sørensen, Pedro Graça, Rui Gaspar, Maria da Luz Antunes, Teresa Ferreira e Victor Briga.

Agradecemos ainda à Professora Kristine Sørensen a disponibilidade para escrever o Prólogo desta obra.

A revisão de um livro é sempre uma tarefa árdua e em concentração máxima. Gostaríamos de agradecer à Mestre Maria da Luz Antunes, pela sua disponibilidade e rigor na revisão do manuscrito.

Agradecemos ao Professor José Carvalho Teixeira, Diretor da Formação Avançada do ISPA – Instituto Universitário, todo o estímulo na realização desta pós-graduação e na feitura desta publicação na área da literacia em saúde, na coleção Competências Humanizadas.

Por fim, um agradecimento especial aos nossos FORMANDOS: Ana Carina Monteiro, Ana Quintela, Ana Sofia Lopes, Beatriz Filipe, Cecília Nunes, Cristiana de Jesus, Diana Pinheiro, Joana Conceição, José Manuel Feliz, Maria Inês Madureira, Marisa Bermudez Brito, Marta Alexandra Barroca, Patrícia Martins, Patrícia Marques Rodrigues, Paula Marino, Sandra Cristina Esteves, Sara Henriques Vaquinhas e Susana Margarida Espadaneira. Foi convosco que estes conteúdos cresceram.

Ao Centro de Edições e ao Gabinete de Marketing e Comunicação do ISPA – Instituto Universitário, o nosso muito obrigado.



PRÓLOGO  
HEALTH LITERACY:  
A CRUCIAL PROFESSIONAL SKILL FOR HEALTH IN THE 21<sup>ST</sup> CENTURY

*Kristine Sørensen*

Health literacy entails the ability to access, understand, appraise and apply information concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain and promote quality of life during the life course. Acknowledging that the response to health literacy challenges is essential for providing to provide people-centred care, a growing number of health professionals have begun to address system-level factors to support patients, clients and consumers in making informed health decisions concerning treatment, prevention and promotion.

To embrace health literacy at the system level, Brach and her colleagues, have suggested ten attributes that characterise health literacy-friendly organisations. Among the ten attributes, one attribute focusses on the ability of healthcare organisation to prepare the workforce to be health literate and monitor their progress. By providing comprehensive training, educational institutions and healthcare organisations can create a culture in which all staff helps to create health literacy-friendly environments.

However, it is a challenging responsibility for health professionals to integrate peoples' health literacy as part of people-centred care. Working in a health system which is under financial pressure and focusing on costs of services rather than human costs, calls for new perspectives on how to work with patients and people in the broader society. The new perspectives include possessing the drive to change status quo; knowing the scope and scale of the impact of health literacy in people's lives; being able to set the direction for the change; recognizing the importance of dialogue and how communication and culture are interlinked; and lastly to integrate human dignity as a starting point for health professionals commitment to do good for the patients and for the public in general.

Health literacy is a crucial professional skill for health in the 21<sup>st</sup> century. It is evident, measurable and feasible and it can make a difference for people, for communities and for societies. It is relevant for all professionals engaged to improve the lives of others.

Welcome! By signing up to this health literacy course you are facing the challenge and you will be an active part of the social change movement conquering new health literacy frontiers. Your choice and your voice are instrumental in helping us to leave no one behind!



## A VISION FOR HEALTH LITERACY IN EUROPE

*Kristine Sørensen*

A decade ago when I started my journey on health literacy, I was a blank on the topic. I had never heard about health literacy and could not entirely grasp what it was about when I was asked in 2009 to coordinate the new European Health Literacy Project supported by the European Commission. Yet, when reading the scientific literature, it immediately caught my interest as it clearly assembled with my professional background in medicine, public health, and global health diplomacy. Health literacy is a cross-cutting issue ranging from health care, disease prevention to health promotion and protection. It can be studied at individual levels and populations levels, at local and global levels. It stretches the lifespan and a range of diseases and health-related themes. It seems abstract, yet tangible. It is evident, and it can be measured. It is feasible, and an inspiration to improve the public good. Health literacy matters to all of us when we are ill, when we are at risk and when trying to stay healthy.

Essentially, our literature review of definitions revealed that health literacy is linked to literacy and entails the knowledge, motivation and competencies to access, understand, appraise and apply information to form judgment and make decisions regarding healthcare, disease prevention and health promotion in everyday life to maintain and improve quality of life during the life course (Sørensen et al., 2012). In our attempt to manifest health literacy in Europe we conducted the health literacy survey in eight European countries, established national interest groups and founded a European network on health literacy called Health Literacy Europe. Looking back, I see that a vibrant health literacy community has developed involving different stakeholders across many European countries. Previous health literacy was a topic for the few, and now it is a topic that engages many. Concerning health literacy, I believe, we are at the brink of forming a new global social movement that can transform health systems and societies (Sørensen, 2018).

To somewhat of a surprise, the European Health Literacy Survey revealed that limited health literacy was a neglected public health disparity in Europe. One third to two-thirds of the surveyed populations were challenged when it came to access, understanding, appraising and applying information to manage health in everyday life. Furthermore, the survey showed a strong social gradient indicating that vulnerable groups were even worse off such as the elderly, minorities and people with low socioeconomic status

(Sørensen et al., 2015). Believing the EU Member States are building on welfare values supporting health systems and educational systems and decent lives for all, the health literacy survey results questioned how well we have succeeded in our quest. As a response in some countries, political actions were taken to bridge the gaps. In Austria, health literacy was decided to be one of ten national health goals, and by this, it was given highest priority on the national health agenda (Bundesministerium für Gesundheit, 2013). In Germany, recently a new national health literacy action plan has been launched by the Ministry of Health (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, 2018). In Portugal, the European Health Literacy Survey was applied in 2014 to contribute to an increase in the knowledge about the level of health literacy in Portugal and identify the main limitations, problems and obstacles associated with health literacy in the Portuguese society (Espanha & Ávila, 2016). However, health literacy was already at an early stage a topic debated in Portugal, and with the evidence, it has remained a topic for discussion while diffusing into policy, research, education and practice. Yet, not all European countries have adopted health literacy as Portugal. There is still a leap to make.

An investment in health literacy requires a two-fold effort. At the individual level, people's health literacy can be increased through education and adult learning, through community advancement and the strengthening of occupational health at work. Yet, the most significant impact will be seen through an increased response of health systems to match the exact needs of their patients and people at large. A transformation of health systems to focus on people-centred care, personalised treatment and an understanding of the broader context and living conditions in which patients are situated will ensure that patients' needs are accounted for in a much more specific way than the current practice. The results will facilitate trust, contentment and better outcomes, not only for the treatment of disease but for people's everyday quality of life which in turn will enhance equity and sustainability. The transformation requires a much-needed paradigm shift. Instead of demanding people to deal with complex systems, we need to change the health systems to deal with the complexities of people (Figure 1).

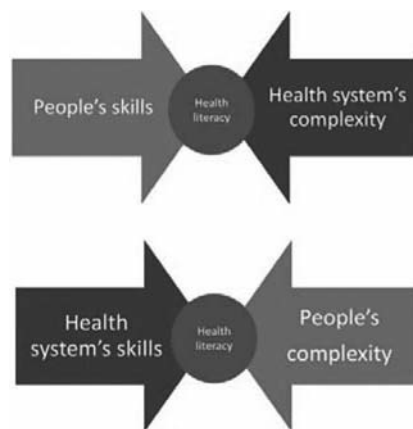


Figure 1. Shifting the health literacy mind-set to enhance people-centred health services.

Incorporating health literacy thinking into the organisational development of health organisations requires health literacy champions who can move the agenda forward and explain the necessity to perform a change of practice. It may meet resistance, but mostly, the immediate impact of more content patients also creates more content employees. Health staff that helps to make it easier for patients to access, understand, appraise and apply information to manage their health will find it rewarding to see how an empowered patient will become much more active and engaged and take control regarding self-care and needed actions for better outcomes. Working in partnerships can undoubtedly enhance the success of the patient journey (World Health Organization, 2013). The health literacy commitment needs to come from the highest levels of the organisation to ensure the most substantial impact. In a time of economic, societal distress, it is even more important to spend our resources wisely. Research has shown that a lack of attention to limited health literacy is an economic drain to health budgets (Koh et al., 2012).

I have a strong vision for health literacy in Europe. We need to bridge the inequality gap that the health literacy surveys have revealed to us. We should not accept that people facing health literacy-related challenges will have much higher risks of living shorter lives, dealing with the burden of illnesses and financial short-comings. Especially, as the causes often are avoidable, and we can quite easily make a difference. If each of us lends a hand and react to health literacy gaps with acceptance and respect, we can transform health systems to meet people where they are. Simply, because it is the right thing to do.

## Referências

- Bundesministerium für Gesundheit. (2013). *Rahmen-gesundheitsziele richtungsweisende vorschläge für ein gesünderes Österreich* [Internet]. Wien: Gesundheitszielen Österreich. Retrieved from [www.gesundheitsziele-oesterreich.at](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at)
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.277
- Koh, H. K., Berwick, D. M., Clancy, C. M., Baur, C., Brach, C., Harris, L. M., . . . Zerhusen, E. G. (2012). New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly “crisis care”. *Health Affairs*, 31(2), 434-443. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1169
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. (2018). *Nationaler aktionsplan gesundheitskompetenz* [Internet]. Berlin: Author. Retrieved from <http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>
- Sørensen, K. (2018, October 31). Health literacy in four decades: From clinical challenge to a global social movement. *BMJ Global Health Blog* [Internet]. BMJ GT Blogs. Retrieved from <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2018/10/31/health-literacy-in-four-decades-from-clinical-challenge-to-a-global-social-movement/>

- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health, 25*(6), 1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043 [cited 2018 Jun 24]
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Geneva: Author.

### **Como citar?**

Sørensen, K. (2018). A vision for health literacy in Europe. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 15-18). Lisboa: Edições ISPA.

## A LITERACIA EM SAÚDE EM PORTUGAL E A IMPORTÂNCIA DO ILS-PT INQUÉRITO EUROPEU SOBRE LITERACIA EM SAÚDE

*Rita Espanha*

O inquérito sobre Literacia em Saúde realizado em Portugal (ILS-P) foi desenvolvido e aplicado por uma equipa do CIES-IUL<sup>1</sup> com o apoio do Projeto Inovar em Saúde, da Fundação Calouste Gulbenkian, e assumiu como objetivo central contribuir para o aumento do conhecimento sobre o nível de literacia em saúde em Portugal e identificar as principais limitações, problemas e entraves no âmbito da literacia em saúde na sociedade portuguesa, bem como orientar o potencial de ação no sentido da sua melhoria. De forma a permitir comparações com outros países europeus, este estudo seguiu a metodologia proposta pelo HLS-EU Consortium (2012): *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States – The European Health Literacy Survey HLS-EU*.

Neste artigo apresentam-se as suas principais conclusões e relevância para a compreensão da Literacia em Saúde dos portugueses e a sua importância para a construção de uma melhor e mais útil relação com a saúde, a doença, os profissionais e as instituições de saúde.

### **O que é Literacia em Saúde?**

Nos últimos anos, a literacia em saúde (health literacy) tem vindo a assumir uma centralidade crescente nas reflexões sobre os sistemas de saúde e, sobretudo, na interação dos indivíduos com esses sistemas nas suas várias vertentes.

A tomada de consciência para a importância deste tema surge a partir do momento em que começa a tornar-se claro que o nível de literacia dos indivíduos constitui um fator que condiciona, de forma decisiva, o modo como estes são, ou não, capazes de tomar decisões relacionadas com a sua saúde. Afeta, por isso, não apenas a qualidade de vida dos sujeitos e daqueles que deles dependem (e.g., crianças e idosos dependentes), mas pode ter também implicações nos custos e nos modos de organização dos sistemas de saúde.

---

<sup>1</sup> Equipa constituída por Rita Espanha, Patrícia Ávila e Rita Veloso Mendes, investigadoras do CIES-IUL.

É hoje relativamente consensual que o conceito de literacia em saúde remete para “a capacidade que os indivíduos têm de *obter, processar e compreender* informação básica de saúde, assim como os serviços de que necessitam para tomar decisões de saúde apropriadas” (Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kinding, 2004).

Consoante os estudos, o conceito de literacia adotado pode apresentar algumas especificidades. Pode enfatizar a capacidade de compreensão e utilização de informação sobre saúde que se encontra em suporte escrito (Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006; Murray, Hagei, Williams, Shillington, & Dejardins, 2008) ou pode alargar o campo de investigação de modo a contemplar outras dimensões relevantes, como sejam o entendimento de outras fontes de informação (e.g., oral) e ainda a capacidade de comunicação dos indivíduos e com os serviços de saúde. Com efeito, a interação entre utentes dos serviços de saúde e os diferentes profissionais do setor parece ser uma das questões chave neste domínio de investigação (Murray et al., 2008).

Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern e Crotty (2011) concluem que reduzidas competências no domínio da literacia em saúde estão associadas, por um lado, a um maior número de internamentos e de utilização mais frequente de serviços de urgência e, por outro lado, a uma menor incidência de práticas preventivas.

São relativamente escassos os estudos que têm permitido investigar de forma extensiva e comparável a literacia em saúde das populações e os fatores que a condicionam, assim como as suas consequências.

Nos EUA e no Canadá, países precursores na investigação desenvolvida neste domínio, os primeiros estudos que permitiram retratar a literacia em saúde da população, com base em amostras representativas, tiveram como ponto de partida a oportunidade e os conhecimentos desenvolvidos no âmbito de estudos de avaliação das competências de literacia dos adultos. Esses estudos são estruturados em torno do conceito de literacia que remete para a compreensão, avaliação, uso e relação com textos escritos, nos seus variados suportes e meios, “para responder às necessidades da vida em sociedade, alcançar objetivos pessoais e desenvolver os conhecimentos e os potenciais próprios” (Kirsch, Jungeblut, Jenkins, & Kolstad, 1993).

Até à aplicação dos primeiros questionários sobre Literacia em Saúde, os estudos sobre este tema tinham, tradicionalmente, o ponto de partida na recolha de um conjunto diversificado de suportes escritos reais, muitos deles relacionados com a saúde, de circulação frequente em diferentes esferas da vida quotidiana. Partindo desses materiais, é proposto um conjunto de atividades, as quais, para serem realizadas de forma adequada, implicam alguma capacidade de processamento da informação escrita apresentada, os tradicionais «testes de Literacia em Saúde». Apesar das condições necessariamente artificiais de uma entrevista, pretende-se que os problemas colocados sejam tão autênticos quanto possível, simulando as situações e o tipo de informação que qualquer pessoa pode querer compreender, ou usar, a partir de um determinado texto. As respostas são dadas por escrito e, a partir da sua análise, avaliam-se as competências de literacia nas várias dimensões estabelecidas (Ávila, 2008).

Para além destes estudos, e atendendo à centralidade da Internet nas sociedades atuais, tem sido realizada investigação específica em Portugal sobre saúde e Internet, nomeadamente

o estudo sobre os *Portugueses, a Saúde e a Internet*, no âmbito do Projeto SER – A Saúde em Rede<sup>2</sup>, foi possível concluir que a utilização das TIC no campo da saúde revela um país a diferentes ritmos e que, apesar de terem um peso crescente, as aprendizagens em saúde por intermédio das novas tecnologias não têm conduzido a uma reconfiguração das fontes de informação já instituídas, nem da relação que os indivíduos estabelecem com os sistemas de saúde.

## O Inquérito Europeu à literacia em saúde (HLS-EU)

Os estudos extensivos especificamente orientados para a avaliação da literacia em saúde têm sido de dois tipos: de avaliação direta e de avaliação indireta. Os primeiros apoiam-se num conjunto de escalas ou testes, alguns deles concebidos para a avaliar a literacia em saúde em áreas de intervenção específicas (e.g., diabetes)<sup>3</sup>. Outros partem de uma estratégia de avaliação indireta, apoiada sobretudo na autoavaliação que os próprios inquiridos fazem das suas capacidades e competências. Outros ainda procuram combinar ambas as estratégias, incluindo quer indicadores indiretos quer diretos. É o caso do Inquérito Europeu à Literacia em Saúde, realizado em 2011, em oito países<sup>4</sup>, e que possibilitou novos e importantes desenvolvimentos nesta área de investigação.

Tratou-se de uma primeira tentativa de investigar através de uma metodologia extensiva a literacia em saúde na Europa, apoiada na construção e aplicação de um instrumento de recolha de informação específico para a medição do fenómeno. Envolveu a aplicação de um inquérito por questionário. A utilização do mesmo instrumento nos vários países participantes assegurou a comparabilidade dos resultados a nível europeu.

A definição de literacia em saúde adotada nesse estudo foi a seguinte:

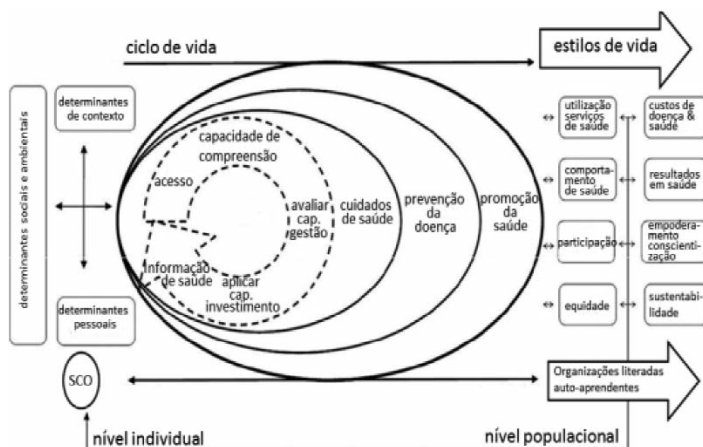
Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course (Sorensen et al., 2012).

O modelo conceptual distingue três domínios da literacia em saúde: *cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde*. São também considerados quatro modos distintos de lidar com a informação sobre saúde: *aceder à informação, compreender a informação, compreender e avaliar a informação e utilizar ou aplicar essa informação* (Figura 1).

<sup>2</sup> «Projeto SER – A Saúde em Rede», projeto apoiado pela Fundação Calouste Gulbenkian (2010-2013), cujo relatório final foi apresentado em junho de 2013 e que se encontra disponível em <http://ser.cies.pt>

<sup>3</sup> Exemplos dessas escalas podem ser consultados em <http://www.nchealthliteracy.org/instruments.html>

<sup>4</sup> *Comparative report of health literacy in eight EU Member States: The European Health Literacy Survey HLS-EU.*



Fonte: HLS-EU Consortium (2012).

Figura 1. Modelo conceitual da literacia em saúde (HLS-EU).

Foi desenvolvido um instrumento de recolha de informação a partir da operacionalização deste modelo teórico (Sorensen et al., 2012, p. 4-12), o qual é atualmente reconhecido como uma base conceptual na medição das diferentes dimensões da literacia em saúde: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde (Doyle, Gafferkey, & Fullam, 2012; HLS-EU Consortium, 2012).

Participaram no estudo europeu oito países: Áustria, Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Holanda e Polónia. Em cada país foi inquirida uma amostra aleatória de aproximadamente 1.000 cidadãos.

Vale a pena referir que, nos relatórios mencionados, é possível destacar que os baixos níveis de literacia neste âmbito são um fenómeno comum à maior parte dos países europeus, mas também que há uma grande diversidade de características e estratégias neste campo de país para país. Também é possível afirmar, a partir dos estudos referenciados, que alguns grupos sociais são particularmente vulneráveis neste campo.

## O inquérito à literacia em saúde em Portugal

No âmbito deste projeto pretendeu-se tirar partido da experiência decorrente do Inquérito Europeu à Literacia em Saúde (HLS-EU) para apoiar a investigação sobre literacia em saúde no contexto português.

Para o efeito foi adaptado o inquérito por questionário utilizado no quadro da mencionada investigação, tendo sido acrescentado um conjunto de outros indicadores.

Tratando-se de um instrumento já testado e com resultados já apurados em oito países<sup>5</sup>, procurou-se, por um lado, mapear, pela primeira vez, a situação de Portugal relativamente

<sup>5</sup> Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Espanha, Irlanda, Holanda e Polónia.

à literacia em saúde da população e, por outro lado, situar os resultados alcançados no quadro europeu, atendendo aos resultados já conhecidos dos oito países participantes no Inquérito Europeu à Literacia.

Seguindo de perto a metodologia seguida no Inquérito Europeu, foram contemplados indicadores que remetem para a complexidade das competências de literacia em saúde, distinguindo quatro formas de lidar com informação relevante sobre saúde:

- A capacidade de *acesso* a informação;
- A *compreensão* da informação;
- A capacidade de *interpretação e avaliação* da informação;
- A sua *aplicação ou utilização* em situações diversas.

Estas competências são avaliadas por referência a diferentes domínios quanto à relação dos sujeitos com a literacia em saúde:

- 1) Enquanto paciente a necessitar de cuidados de saúde;
- 2) Enquanto indivíduo que apresenta um quadro de risco que se relaciona com os serviços, sobretudo em termos de prevenção;
- 3) Enquanto cidadão que procura promover a sua saúde.

O cruzamento entre as diferentes formas de lidar com a informação e os três domínios da literacia em saúde resulta numa matriz contendo doze subdimensões que orientaram a construção dos indicadores a incluir no inquérito por questionário (Tabela 1).

Tabela 1

*Matriz de subdimensões da Literacia em Saúde utilizadas no Health Literacy Survey*

<b>Literacia em Saúde</b>	<b>Acesso a informação relevante para a saúde</b>	<b>Entender informação relevante para a saúde</b>	<b>Avaliação de informação relevante para a saúde</b>	<b>Utilização de informação relevante para a saúde</b>
<b>Cuidados de Saúde</b>	Capacidade de aceder a informação médica ou clínica	Capacidade de entender informação médica e o seu significado	Capacidade de avaliar a informação médica	Capacidade de tomar decisões informadas em assuntos médicos
<b>Prevenção da Doença</b>	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco	Capacidade de entender informação sobre fatores de risco e o seu significado	Capacidade de interpretar a informação sobre fatores de risco	Capacidade de julgar a relevância dos fatores de risco
<b>Promoção da Saúde</b>	Capacidade de atualizar temas de saúde	Capacidade de compreender informação relacionada com a saúde e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação relacionada com a saúde	Capacidade de formar uma informação refletida

Fonte: Adaptação de HLS-EU Consortium (2012).

O questionário consiste num conjunto de 47 itens sobre os quais os indivíduos foram convidados a posicionar-se numa escala de 1 a 4, em que o 1 correspondia ao maior grau de dificuldade e o 4 ao nível de maior facilidade.

Para além da tradução e adaptação das 47 questões do questionário europeu, os inquiridos foram também questionados quanto a outros aspetos considerados relevantes para o entendimento global da problemática da literacia em saúde em Portugal na contemporaneidade. Assim, foram desenvolvidos alguns módulos específicos:

- Secção sobre TIC e saúde;
- Secção sobre Literacia em sentido amplo;
- Secção sobre perceções da saúde individual e familiar;
- Secção de caracterização sociodemográfica alargada.

A aplicação em Portugal do Inquérito Europeu, traduzido, adaptado e com algumas secções novas, teve como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a capacidade de os portugueses descodificarem, entenderem e interpretar as mensagens transmitidas no âmbito da saúde.

## **Universo, método de amostragem e amostra**

O universo ou população do estudo foi constituído por indivíduos com 15 e mais anos, residentes em Portugal Continental (8.563.501 indivíduos, segundo os Censos 2011).

Para a seleção da amostra foi seguido um método por etapas.

Num primeiro momento foram selecionados 104 pontos de amostragem, através de uma matriz que combinou a Região (NUTS II) e a dimensão das localidades.

Em cada ponto de amostragem foi estabelecido um ponto de partida, a partir do qual foi desenvolvido pelos entrevistadores uma metodologia de itinerário aleatório, para seleção da rua, do edifício, do piso do edifício, terminando na seleção (aleatória) do alojamento.

Finalmente, nos alojamentos selecionados, os entrevistados foram selecionados através do método de quotas. As variáveis usadas foram o sexo e a idade.

A informação foi recolhida através de entrevista pessoal realizada no alojamento. A duração média de aplicação de cada questionário foi de 31 minutos.

O trabalho de campo decorreu entre os dias 30 de junho e 31 de agosto de 2014.

A amostra é constituída por 2.104 indivíduos, o que corresponde, numa amostra aleatória simples, a um erro máximo de 2,2% para um nível de confiança de 95%.

De modo a garantir que a amostra traduz de forma correta a distribuição da população quanto a um conjunto de variáveis chave, foi calculado um ponderador. As variáveis usadas na construção desse ponderador foram a região, o sexo, a idade, a escolaridade e a condição perante o trabalho.

### *Caracterização da amostra*

Assim, e considerando apenas os valores ponderados, estamos perante uma amostra com as seguintes características:

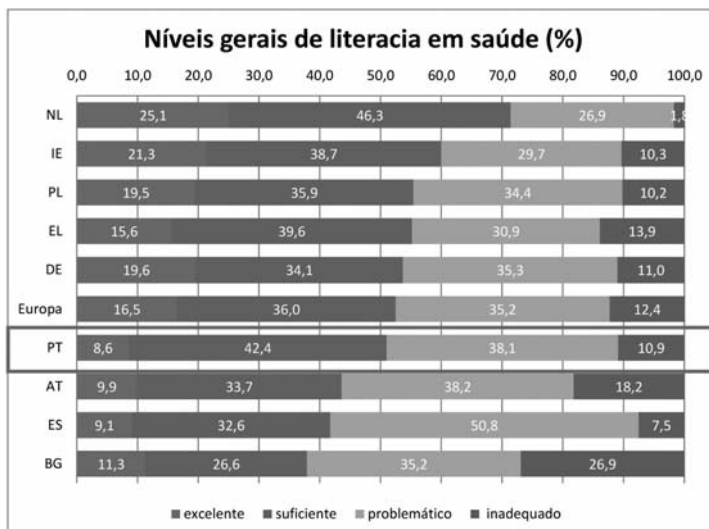
- Apresenta uma proporção ligeiramente maior de mulheres do que de homens (52,8% e 47,2%, respetivamente);
- Tem uma distribuição etária em que prevalece a categoria 35-44 anos (34,3%) e a população mais idosa, ou seja, com mais de 64 anos (22,6%);
- A maioria da população é pouco escolarizada (62% tem no máximo o Básico 2) e apenas uma minoria tem ensino superior (15,4%);
- Relativamente à condição perante o trabalho, a maioria é ativa (55,8%), mas uma proporção muito elevada é não ativa (7,3% por se encontrarem a estudar e 36,9% por se encontrarem noutras situações, como sejam a de reformado ou de doméstica);
- O rendimento mensal da maioria dos inquiridos é bastante reduzido: 21,5% recebem apenas até 500 euros por mês e apenas 4,7% mais de 2.000 euros. A maioria (40%) auferem um rendimento mensal situado entre 500 e 1.000 euros;
- A categoria socioprofissional revela uma clara predominância dos empregados executantes (39%), seguidos pelos operários e pelos profissionais técnicos e de enquadramento – ambos com 24%.

### **Níveis de Literacia em Saúde: comparações internacionais (HLS-EU e ILS-PT)**

A metodologia desenvolvida pela equipa do HLS-EU propõe várias estratégias para o mapeamento do fenómeno em estudo. Uma dessas estratégias consiste na construção de níveis de literacia em saúde, a partir dos índices que representam níveis diferenciados de literacia em saúde: «excelente», «suficiente», «problemático» e «inadequado». Estes níveis são particularmente úteis para descrever a situação das populações a respeito da distribuição da literacia em saúde e também para identificar grupos vulneráveis. Esta forma de dar inteligibilidade aos dados permite aos decisores políticos adequar a sua atuação às necessidades específicas e concretas de uma população.

Os gráficos que se apresentam permitem perceber como os inquiridos em Portugal se distribuem por cada um dos quatro níveis de literacia em saúde dos índices de literacia (índice geral, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) e ainda estabelecer comparações com os resultados obtidos pelos países participantes no estudo europeu. Para facilitar a leitura, os países foram ordenados por ordem decrescente da soma das percentagens dos níveis mais elevados de literacia em saúde considerados («excelente» e «suficiente»).

Portugal, em relação ao índice geral de literacia (Figura 2), situa-se abaixo da média dos países participantes no estudo europeu. Caracteriza-se por ter 11% da população com um nível de literacia inadequado e cerca de 38% da população com um nível de literacia em saúde considerado problemático. 50% dos portugueses tem um nível de literacia «excelente» ou «suficiente», mas a percentagem no nível «excelente» (8,6%) é a mais baixa no conjunto dos países, logo seguido de Espanha e da Grécia com 9,1% e 9,9%, respetivamente. Em termos médios, observamos que é sobretudo na Holanda e na Irlanda que grande parte da população se concentra nos níveis mais elevados de literacia em saúde (71,4% e 60,0%, respetivamente).



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

Figura 2. Níveis de literacia em saúde (índice geral) em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%).

Nos países considerados no HLS-EU, 12,4% dos cidadãos tem um nível de literacia «inadequado» e um pouco mais de 1/3 posiciona-se num nível de literacia em saúde «problemático», o que indica que 47,6% dos respondentes apresenta uma limitada literacia em saúde («inadequado» + «problemático»).

Já no âmbito dos cuidados de saúde (Figura 3) podemos observar que a liderança quanto aos melhores níveis da literacia em saúde se mantém na Holanda, na Irlanda e, neste caso, também na Polónia (com 75,3%, 67,1% e 64,0% nos níveis «excelente» e «suficiente», respetivamente). Em termos médios, cerca de 40% dos inquiridos do HLS-EU mostrou ter limitações na literacia aplicada a este domínio em concreto (40,9% concentram-se nos níveis «inadequado» e «problemático»), estando 20% no nível de literacia «excelente» no âmbito dos cuidados de saúde.

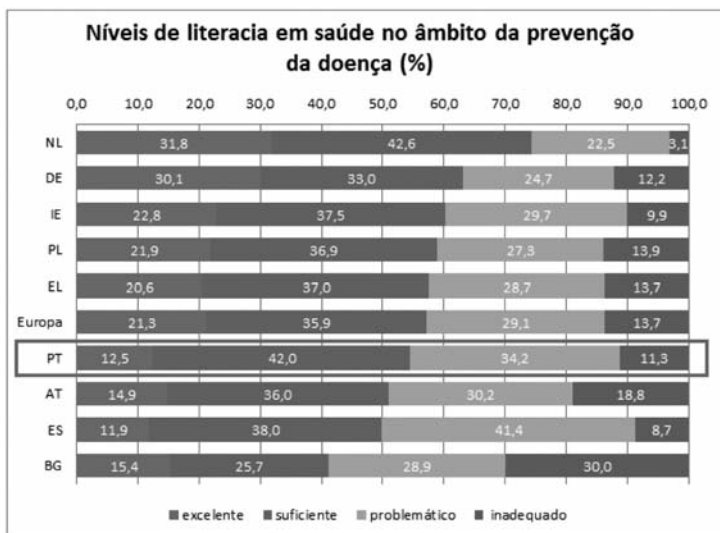
Portugal, uma vez mais abaixo dos valores dos países do HLS-EU, apresenta 45,4% da população com uma literacia limitada no âmbito dos cuidados de saúde (neste domínio, 10,1% e 35,3% concentram-se no nível de literacia «inadequado» ou «problemático», respetivamente). Aproximamo-nos da Espanha ao apresentarmos uma das menores concentrações de indivíduos quer com um nível de literacia excelente quer com um nível de literacia inadequado (11,3% e 10,1%, respetivamente).

A literacia no âmbito da prevenção da doença (Figura 4) continua a concentrar os níveis de literacia mais elevados na Holanda, com 74,4% dos holandeses concentrados no nível de literacia «excelente» ou «suficiente» neste domínio.



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

*Figura 3.* Níveis de literacia em cuidados de saúde em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%).



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

*Figura 4.* Níveis de literacia em prevenção da doença em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%).

Em termos médios, os valores europeus revelam que 42,8% da população tem limitações na literacia em saúde relacionada com a prevenção da doença.

Portugal, reunindo valores que nos posicionam abaixo dos apresentados para a Europa, concentra 45,5% da população num nível de literacia com limitações no âmbito da prevenção da doença (nível «inadequado» ou «problemático»). Note-se que, neste domínio, a Espanha e a Grécia concentram cerca de 50% da população nestes dois níveis de literacia. Na dimensão da avaliação dos níveis de literacia no âmbito da promoção da saúde (Figura 5) volta a ser na Holanda que se observam os melhores resultados, concentrando-se 64,6% da população nos níveis de excelente literacia ou literacia suficiente no âmbito da promoção da saúde, seguindo-se a Irlanda (59,4%), a Polónia (56,4%) e a Grécia (53,7%).



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

*Figura 5.* Níveis de literacia em promoção da saúde em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%).

Nesta área, a Bulgária destaca-se por concentrar 70,4% da população no nível de literacia limitado (nível «problemático» ou «inadequado»). Os valores relativos à literacia no âmbito da promoção da saúde revelam uma distribuição muito equilibrada quer na concentração dos valores relativos à existência de limitações na literacia neste âmbito (52,0%), quer na convergência de indivíduos com um nível de literacia excelente ou suficiente ao nível da promoção da saúde (48,0%).

Portugal, ligeiramente acima dos valores médios dos países do HLS-EU, concentra 48,9% dos cidadãos nos níveis mais positivos de literacia no âmbito da promoção da saúde e 51,1% com limitações, apresentando algum distanciamento da Espanha ou da Áustria que, no âmbito na promoção da saúde, apresentam mais de 55% da população com limitações ao nível da literacia em saúde.

## Notas conclusivas

A análise realizada aos resultados do questionário ILS-P permitiu identificar que as maiores dificuldades dos inquiridos estão relacionadas com:

- 1) A capacidade de acesso a informação sobre:
  - a) A promoção de saúde no local de trabalho,
  - b) Doença mental,
  - c) Atividades benéficas para o bem-estar mental,
  - d) Tratamentos de doenças geradoras de preocupação,
  - e) Como tornar mais saudável a zona onde reside,
  - f) Políticas relacionadas com a saúde;
- 2) A dificuldade em participar em ações que visem melhorar a comunidade;
- 3) Frequentar um ginásio;
- 4) A capacidade de interpretar e avaliar a(s):
  - a) Informação sobre doenças, riscos de saúde e formas de proteção de doenças divulgadas pelos meios de comunicação,
  - b) Vantagens e desvantagens perante várias opções de tratamento, vacinas necessárias ou de recorrer a uma segunda opinião médica;
- 5) A dificuldade em interpretar bulas de medicamentos.

A partir da metodologia proposta pelo HLS-EU foram construídos índices de Literacia (Índice Geral; Cuidados de Saúde; Prevenção da Doença; Promoção da Saúde) que, em função de uma análise por níveis de *performance*, permitiu posicionar os indivíduos pelos níveis de literacia em saúde «excelente», «suficiente», «problemático» e «inadequado».

Desta análise são de destacar as seguintes conclusões:

- Quanto ao *Índice Geral de literacia em saúde*, Portugal caracteriza-se por ter 11% dos inquiridos com um nível de literacia inadequado e cerca de 38% com um nível de literacia em saúde considerado problemático. 50% dos inquiridos tem um nível de literacia «excelente» ou «suficiente», sendo a percentagem no nível «excelente» de 8,6%;
- No que respeita ao *Índice de literacia no âmbito dos cuidados de saúde*, Portugal apresenta 45,4% dos inquiridos com uma literacia limitada no âmbito dos cuidados de saúde (10,1% e 35,3% tem o nível de literacia «inadequado» ou «problemático» respetivamente);
- No *Índice de literacia no âmbito da prevenção da doença*, Portugal concentra 45,5% dos inquiridos num nível de literacia com limitações no âmbito da prevenção da doença (nível «inadequado» ou «problemático»);
- Por fim, no *Índice de literacia no âmbito da promoção da saúde*, Portugal concentra 48,9% dos respondentes nos níveis mais positivos de literacia neste âmbito («excelente» ou «suficiente») e 51,1% com limitações («problemático» e «inadequado»).

Havendo uma associação estatisticamente significativa entre os índices de literacia em saúde, a idade e a escolaridade, vale a pena destacar que é transversal a todos os índices que:

- São os mais jovens (até aos 45 anos) que concentram tanto o melhor nível de literacia («excelente») como o nível considerado adequado (junção dos dois melhores – «excelente» e

«suficiente») e que, pelo contrário, é entre os mais velhos que se encontra uma maior proporção nos níveis de literacia mais limitados. *Quanto mais jovem é o inquirido, mais elevado é o nível de literacia em saúde;*

- É entre os que detêm um grau de escolaridade mais elevado que se encontra uma maior percentagem de indivíduos com melhores níveis de literacia em saúde e, pelo contrário, é entre os que frequentaram menos a escola que se encontra a maior proporção de indivíduos com limitações ao nível da literacia em saúde (nível «problemático» e «inadequado»). *Quanto maior o nível de escolaridade, melhor o nível de literacia em saúde;*
- *São os profissionais técnicos e de enquadramento que concentram um maior número de indivíduos com melhores níveis de literacia em saúde e são os trabalhadores independentes e os operários que apresentam mais limitações.*

Da realização deste projeto resultou ainda claro que a literacia em saúde se encontra positivamente correlacionada com as práticas de literacia, sejam estas práticas de leitura de diversos materiais, sejam práticas de utilização de tecnologias da informação e comunicação. Confirma-se, assim, que a literacia em saúde não pode ser dissociada da literacia (entendida em termos mais abrangentes).

Quanto ao acesso à informação sobre saúde, os resultados revelaram a preponderância do contacto direto com profissionais de saúde (médico ou farmacêutico) enquanto forma privilegiada de obtenção de informação sobre saúde.

Predomina, assim, de forma inequívoca, o contacto interpessoal, preferencialmente com especialistas enquanto modo de obtenção de informação sobre saúde. Os amigos e familiares surgem também com algum destaque.

Seguem-se outros meios, como a TV e a leitura de folhetos ou bulas de medicamentos. O recurso a redes (e.g., associações de doentes) é, em média, bastante menos frequente, assim como a leitura de artigos ou livros.

A pesquisa de informação através da Internet surge como o meio que, em média, é usado como menor frequência, mas a Internet constitui o meio para a procura de informação que está mais relacionada quer com a idade, quer com a escolaridade. Além disso, à medida que aumenta o nível de literacia em saúde, aumenta a intensidade de utilização de todos os meios, incluindo o contacto com profissionais de saúde. Ou seja, o nível de literacia em saúde parece estar associado a uma maior utilização de todos os meios para a procura de informação sobre saúde.

Quanto ao modo de receção da informação sobre saúde, com origem em diferentes fontes, importa destacar:

- Os elevados níveis médios de confiança na informação prestada pelos profissionais de saúde;
- A relação entre escolaridade e reflexividade, observando-se que entre os inquiridos com elevados níveis de escolaridade tendem a ser mais frequentes as atitudes reflexivas e críticas, diminuindo a confiança acrítica em fontes não especializadas;
- A existência de atitudes ambivalentes face ao modo de lidar com a informação sobre saúde entre os inquiridos com níveis de literacia em saúde elevados, os quais tanto podem questioná-la como recebê-la sem que seja tido o cuidado necessário na avaliação da credibilidade das diversas fontes.

Estes dados remetem-nos para a necessidade de refletir sobre a possibilidade de grande parte dos indivíduos, incluindo aqueles que neste estudo foram classificados como tendo elevados níveis de literacia em saúde, terem, afinal, uma baixa perceção da complexidade envolvida nos processos de análise e descodificação da informação sobre saúde que circula nas sociedades atuais, em múltiplos suportes e produzida por diversas fontes.

## Referências

- Ávila, P. (2008). *A literacia dos adultos: Competências-chave na sociedade do conhecimento*. Lisboa: Celta Editora.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 55(2), 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Doyle, G., Cafferkey, K., & Fullam, J. (2012). *The European health literacy survey: Results from Ireland*. Dublin: National Adult Literacy Agency.
- HLS-EU Consortium (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU Member States: The European Health Literacy Survey – HLS-EU*. Health Literacy Europe. Retrieved from <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>
- Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L., & Kolstad, A. (1993). *Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey*. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington, DC: National Centre for Education Statistics.
- Murray, S., Hagey, J., Williams, D., Shillington, R., & DeJardins, R. (2008). *Health literacy in Canada: A healthy understanding*. Ottawa: Canadian Council on Learning.
- Nielsen-Bohman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. . . . Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic, review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80

### Como citar?

Espanha, R. (2018). A literacia em saúde em Portugal e a importância do ILS-PT: Inquérito europeu sobre literacia em saúde. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 19-31). Lisboa: Edições ISPA.



## LITERACIA EM SAÚDE – CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O LADO MAIS FORTE DA BALANÇA

*Cristina Vaz de Almeida*

### **Introdução: O modelo biopsicossocial**

A implementação do modelo biopsicossocial no sistema e nos processos de saúde (Engel, 1981) permitiu dar um passo para além do modelo biomédico de «cura», integrando as competências transversais de «cuidado» dos profissionais de saúde com centralidade no paciente (Greenhalgh & Heath, 2010) onde se conjugam as competências clínicas e de comunicação essenciais ao sucesso terapêutico (Zolnierek & DiMatteo, 2009).

Na condução da relação terapêutica os profissionais de saúde detêm-se perante um paciente na sua totalidade. Além das questões clínicas que os pacientes trazem para as consultas, estes formam um todo holístico que é preciso sarar, cuidar e levar a melhores patamares de resultados em saúde. Mais do que a «parte» a ser curada e tratada, o paciente traz consigo para a consulta a carga da sua vida, o seu *status* e nível económico, a sua idade e os seus problemas.

Os pacientes fazem diferentes e muitas escolhas no dia-a-dia das suas vidas, com grandes implicações na sua saúde (Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2005). São estes elementos estruturantes biológicos, psicológicos e sociais que projetam as tomadas de decisão sobre a sua saúde e vida. Neste sentido, e para além do mérito que possa ter o modelo biomédico e mecanicista (vindo do Renascimento), que prioriza uma abordagem científica sobre a situação clínica, na qual o foco é principalmente o que o médico especialista sabe, e não o que o paciente experimenta (Fage-Butler & Jensen, 2015), a sua evolução permitiu recentemente integrá-la numa mais abrangente teoria biopsicossocial-ambiental que incorpora o contexto socio ambiental onde o indivíduo se move (Munro, Lewin, Swart, & Volmink, 2017).

Esta abordagem biopsicossocial em saúde (Engel, 1981) trouxe uma nova aragem na forma e processo de como se pode estimular a capacidade de uso, acesso, compreensão, avaliação e interpretação por parte do paciente das instruções em saúde, melhorando o seu nível de literacia em saúde e dos resultados em saúde.

Este processo ocorre através da interação fundamental entre profissional e paciente e visa conduzir ao sucesso terapêutico, seja para o profissional, que tem de compreender o que o paciente deseja para tomar boas decisões e orientações, seja para o paciente, que beneficia da compreensão das instruções em saúde para melhorar os seus resultados em saúde (Hargie, 1997; Zolnierek & DiMatteo, 2009).

Segundo Engel (1981), o profissional tem a competência profissional e a motivação para dar alívio ao paciente, assim como deve envolvê-lo nesta interação. A tomada de decisão partilhada tem a ver com a centralidade cada vez maior no paciente para que se obtenham melhores resultados (McCaffery, Smith, & Wolf, 2010). São estes resultados em saúde que estruturam a dinâmica do sucesso terapêutico. O resultado é referenciado nos estudos sobre cuidados de saúde como «uma consequência observável de uma atividade prévia depois de um encontro ou de parte desse encontro estar completo». Beekman, Kaplan e Frankel (1989) diferenciam os resultados em saúde a curto prazo, os intermédios e os de longo prazo.

Entre os resultados de curto prazo estão a satisfação do paciente e a intenção de cumprir. Nos resultados intermédios realça-se a adesão ao tratamento e a redução da ansiedade, enquanto os de longo prazo integram a qualidade de vida ou a recuperação do estado de saúde. O resultado mais reconhecido e usado é o relacionado com a satisfação do paciente, porque está associado ao «apelo lógico e intuitivo» (Kaplan, Greenfield, & Ware, 1989). A ativação do paciente que conduz a esta maior satisfação passa por dotá-lo, através do apoio do profissional de saúde, de mais conhecimento, capacidades e confiança (Hibbard et al., 2005) para que possa, através de um melhor autocuidado, tomar, com motivação, decisões acertadas sobre a sua saúde (Sørensen et al., 2012).

## **A Literacia em Saúde**

A Organização Mundial da Saúde define literacia em saúde como o “conjunto de competências cognitivas e sociais, e a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e a usarem informação de forma que promovam e mantenham boa saúde” (World Health Organization, 1998). No entanto, muitos adultos no mundo inteiro têm baixos níveis de literacia em saúde (Geboers, Reijneveld, Koot, & Winter, 2018).

A literacia em saúde remete para uma função partilhada de fatores individuais e sociais, integrando as competências e os conhecimentos dos sujeitos para que possam aceder, compreender, avaliar e utilizar informação sobre saúde, «navegar» no sistema de saúde e tomar decisões acertadas sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável (e.g., Ávila, Espanha, & Mendes, 2016; Sørensen et al., 2012).

Reconhecemos a literacia em saúde como um constructo multidimensional com dimensões distintas, mas relacionadas, que são tratadas como um conceito teórico único (Edwards, 2001), em evolução, e que, pela sua própria dinâmica, relaciona-se com o aperfeiçoamento das competências dos indivíduos para melhor acederem, usarem,

avaliarem e compreenderem o sistema de saúde, por forma a tomarem decisões fundamentadas para manter a sua saúde (Sørensen et al., 2012).

O perfil do paciente atual (HLS-EU, 2014) aponta para uma maioria de população com baixa literacia em saúde: cerca de 50% de pacientes em Portugal apresentam um nível problemático e inadequado (Ávila et al., 2014). No grupo de pacientes com baixa literacia em saúde integram-se os que têm baixa escolaridade, baixo nível económico, migrantes, idosos, desempregados de longa duração, pessoas com baixa perceção da sua saúde, pessoas que recorrem com muita frequência aos serviços de urgência, pessoas com mortes prematuras (Ávila et al., 2016; Geboers et al., 2018; Sørensen et al., 2015). Acresce que muitas vezes os pacientes saem da consulta sem recordar o que lhes foi transmitido (Jackson, 1992).

A urgência de capacitar os indivíduos, participantes no processo de saúde, nas suas diversas vertentes de promoção, prevenção e reabilitação, exige que haja um olhar renovado sobre os profissionais e sobre o paciente que permita atribuir-lhes mais competências, mais confiança e conhecimentos. Esta visão faz a ponte com o que já preconizava o Relatório Lalonde de 1974 e a própria Carta de Otawa de 1986 (Canadá).

As pessoas não realizam completamente o seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes da sua saúde. Para isso necessitam também de conhecimento, autoeficácia e confiança (Nijman, Hendricks, Braners, Jong, & Rademakers, 2014). A autoeficácia do paciente é a crença sobre a sua capacidade de exercer controlo sobre os níveis de funcionamento e eventos que afetam a sua vida. A confiança baseia-se na perceção de que é suficientemente competente para executar esse comportamento com êxito.

### **A comunicação e as competências comunicacionais dos profissionais de saúde**

Nos inquéritos de satisfação dos utentes publicados ao longo dos anos em Portugal os pacientes escolhem, quase a um mesmo nível, os parâmetros da ‘Competência’ e da ‘Relação e Comunicação’. A relação do paciente com o profissional de saúde tem forte influência na saúde, funcionamento e satisfação do paciente (Zoppi & Epstein, 2002).

Segundo Carvalho-Teixeira (2004), os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica pelo que é preciso melhorar a comunicação entre profissionais e pacientes. O mesmo autor reforça que “a avaliação que os doentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais, em grande parte é a partir da avaliação feita das competências comunicacionais dos profissionais de saúde com os quais interagiram” (p. 616).

Acresce a este facto a evidência de que as pessoas com baixa literacia saltam as palavras que não compreendem, não fazem categorias, não conseguem no final juntar ou interpretar o sentido. Mesmo as pessoas com elevada literacia preferem textos mais simples (Doak, Doak, & Root, 1996). Muitas pessoas que se integram neste perfil de baixa literacia em saúde têm ainda baixa numeracia; apesar de conhecerem os números,

grande parte das pessoas não consegue fazer cálculos simples, levando a uma falta de compreensão generalizada da literacia ao nível funcional, interativo ou crítico.

Existem dados que apontam que os profissionais têm menor compromisso em envolver no processo de comunicação os pacientes a quem falta capacitação ou que não iniciam conversas ou não estão ativamente envolvidos no seu tratamento (Street, Gordon, & Haidet, 2007).

No entanto, pelo enquadramento, suporte diferenciado de conhecimento especializado e controlo da relação (conteúdo, espaço e tempo), os profissionais de saúde representam a parte mais forte e habilitada da relação terapêutica. Nesta relação terapêutica, as componentes da competência clínica que assentam no conhecimento de base devem ser reforçadas nas competências de comunicação (verbal e não verbal) e na resolução de problemas (Magen & DeLisser, 2017; Silverman, Draper, & Kurtz, 1997), podendo agrupar-se o sentido de competência nas capacidades, conhecimentos e atributos que o indivíduo possui para desempenhar uma determinada ação. A qualidade da relação entre o profissional e o paciente influencia os resultados, assim como uma bem estabelecida relação terapêutica com continuidade aumenta também a confiança dos envolvidos (Smith, Dixon, Trevena, Nutbeam, & McCaffery, 2009).

As competências de comunicação integram competências interpessoais, verbais e não-verbais baseadas num comportamento assertivo, claro e positivo de autoconhecimento, de saber ouvir e compreender o outro e saber questionar (Belim & Almeida, 2018; Hargie, 1997; Hargie & Dickson, 2004). A comunicação é um dos desafios centrais que contribuem para mitigar as disparidades em saúde (Ramanadhan, Mendez, Rao, & Viswanath, 2013) e é através da comunicação que os profissionais de saúde conseguem criar pontes de entendimento com os seus pacientes, ajudando-os a aceder, compreender e avaliar melhor os recursos em saúde.

## **Método para melhorar compreensão e comunicação: O Modelo ACP**

Com o Modelo ACP – Assertividade, Clareza e Positividade, os profissionais das áreas da saúde ficam mais habilitados a comunicar e a estimular os seus destinatários para uma melhor compreensão e tomada de decisão. Observamos que a relação se torna mais positiva. Este Modelo foi comprovado por um conjunto vasto de centenas de profissionais de saúde que beneficiaram, entre 2012 e 2018, da formação avançada no ISPA em Literacia em Saúde, assim como da *Pós-Graduação em Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção* (2017/2018), de formações em contexto hospitalar em Portugal; foi também evidenciado por cinco *focus group* de profissionais de saúde de várias áreas profissionais (médicos, enfermeiros, terapeutas, higienistas orais, entre outros).

O Modelo ACP integra, de forma interdependente e integrada, a utilização de um conjunto de competências de comunicação interpessoais e sociais pelo profissional de saúde e que consistem na assertividade do comportamento interpessoal com o paciente,

na clareza de linguagem e na positividade para a ação que é solicitada ao paciente para que ele compreenda e retenha de forma mais eficaz as instruções e possa tomar decisões mais acertadas sobre a sua saúde ou dos que dele dependem ou influencia.

Nesta relação, as competências de comunicação do profissional de saúde baseadas na assertividade, clareza de linguagem e positividade, usadas de forma interdependente e agregada, poderão criar pontes para tornar o paciente mais ativo e com uma maior literacia em saúde, permitindo a boa tomada de decisões em saúde (mesmo quando é evidente que ele pretende delegar a responsabilidade no profissional) (Belim & Almeida, 2018).

## **Assertividade**

O comportamento assertivo pode ser definido como aquele que envolve a expressão direta, pela pessoa, das suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões sem que, ao fazê-lo, ela experiencie ansiedade indevida ou excessiva e sem ser hostil para o interlocutor. No comportamento assertivo diz-se o que se tem a dizer, sem medo, sem conflito, sem agressividade, havendo ganhos para ambas as partes. A assertividade pode ser integrada nas competências sociais dos profissionais. No comportamento assertivo é necessário verificar se os outros estão a entender a mesma informação. Tornamos o nosso pensamento e palavra mais transparentes aos outros e cingimo-nos aos factos e não às emoções. É preciso ainda ter abertura para trocar *feedback* sempre que for necessário. É importante falar abertamente com o interlocutor ou o grupo quando surgem dúvidas e esclarecer quando se verifica que há mau entendimento.

O processo de comportamento assertivo passa pelo desenvolvimento de competências técnicas e de uma perceção mais humanizada do ambiente envolvente e consiste em sistematizar os passos para uma mudança de postura em relação às atitudes e aos comportamentos que devem ser adotados junto dos pacientes. Na realidade, é o esforço de aumento das competências relacionais, da linguagem verbal e para verbal, de uma atitude empática e de técnicas linguísticas, assentes na positividade e na clareza do profissional que vão permitir aumentar a literacia em saúde do destinatário e da sua melhor compreensão pelo mundo que o rodeia.

Num primeiro passo é necessário que o profissional faça uma avaliação da sua forma de agir/intervir junto dos seus pacientes e desenvolva, de uma forma progressiva e consciente, uma capacidade e um perfil «assertivo». Este é um campo que permite ser desenvolvido com várias técnicas (nomeadamente, a gestão de conflitos), onde os comportamentos e a linguagem assertiva podem ser preparados e trabalhados.

A assertividade associa a participação e o interesse e permite uma relação equilibrada entre o profissional e o paciente (Belim & Almeida, 2018). Com a assertividade supera-se o modelo biomédico que assenta sobretudo na perícia técnica do profissional e conduz maioritariamente a um distanciamento e a uma menor memorização e motivação do paciente (Jackson, 1992).

O conceito está também associado à clareza e à objetividade, reforçando o que é essencial e direto – «sem rodeios». É a mensagem direta, que não confunde e em que a pessoa se faz entender. O oposto da assertividade é a agressividade, a manipulação, a confusão e insegurança.

A assertividade aprende-se e pode não ser um processo inato, pois os indivíduos, apesar de geneticamente terem características mais positivas ou mais pessimistas, têm capacidade para desenvolver competências de assertividade. Esta é passível de ser treinada e trabalhada. As técnicas de assertividade têm a ver com a postura interior, com o processo endógeno do indivíduo e a sua relação com o ambiente.

Sabemos também o que não é considerado assertivo, nomeadamente a passividade, a agressividade e a manipulação.

A assertividade passa pela ‘linguagem’ do corpo, por toda a comunicação não-verbal, que é uma forma não discursiva da linguagem e em que depende das capacidades visuais dos intervenientes. Neste processo de comunicação não-verbal fazem parte do «veículo» o corpo, as características físicas, os movimentos, a apresentação e adereços, o espaço, o ambiente, a distância entre as pessoas.

Sabemos que a comunicação em saúde é mais efetiva quando chega às pessoas tanto de uma forma racional como emocional.

## **A clareza**

O que é uma linguagem clara e acessível? A linguagem clara é aquela que as pessoas entendem à primeira (Kripalani & Weiss, 2006), sendo um fator de melhoria do entendimento do paciente.

A clareza de linguagem implica a utilização do jargão técnico com cuidado e, sempre que possível, traduzido por palavras simples pelo profissional.

Referenciada como *plain language*, a linguagem clara consiste em escrever ou falar de forma clara, concisa, bem organizada. A clareza da linguagem segue as melhores práticas adequadas ao tema, campo ou a uma audiência específica.

Em 2013, um estudo da Comissão Europeia resultou no guia da linguagem clara *Escrever Claro*, onde existem várias indicações para se escrever de forma clara e acessível. Entre outras, as indicações apontam para a utilização de palavras simples, da substituição dos substantivos por verbos. Também os suportes físicos e digitais deverão ser claros e orientadores.

As pessoas preferem ter orientações por etapas claras a uma linguagem confusa, difícil de compreender e não enquadrada. É sempre preferível, tendo em conta os estádios de mudança de comportamentos, que sejam dadas as indicações de como as pessoas podem mudar os seus comportamentos (Kripalani, Bengtzen, Henderson, & Jacobson, 2008).

## A positividade

A comunicação positiva e a utilização da voz ativa visam trabalhar sobre os comportamentos e ações que o destinatário deve ter e que são conseguidos pela positiva. Podemos elencar que a regra principal da positividade neste modelo diz respeito ao foco nos comportamentos e ações positivas que se pretende que o paciente adote ou tome.

A positividade pode ser definida pela orientação, dada pelo profissional de saúde, de instruções claras e objetivas, centradas no comportamento positivo e efetivo que se pretende que o paciente adote para, assim, tomar boas decisões sobre a sua saúde. Pretende-se que o paciente consiga assimilar e compreender a ação a tomar e, ao mesmo tempo, ter motivação e autoeficácia para a desenvolver e implementar na sua vida. A positividade permite que o paciente visualize a ação a tomar para prevenir, promover ou reabilitar a sua saúde e que tenha ou desenvolva uma autoeficácia que lhe permita agir nesse sentido (Belim & Almeida, 2018).

À luz da psicologia positiva interpretamo-la como a construção e o uso de frases, verbais ou escritas, junto do destinatário, de forma positiva e não pela negativa (e.g., em vez de dizer ao utente “Não molhe o braço”, deverá dizer “O seu braço tem de manter-se seco para melhorar a ferida” na voz ativa). O sujeito, que zela pela sua saúde, está no centro da ação.

Para a psicologia positiva, a positividade produz no indivíduo uma mudança no conteúdo da sua mente que o faz trocar os pensamentos negativos pelos positivos, alterando também os objetivos e os limites da sua mente. Na «biologia da afeição», Floyd e Ray (2016) realçam que “todo o ato interpessoal de comunicação é um ato biológico” (p. 3) e a privação de comunicação afetuosa é preditiva de stress elevado, depressão, problemas relacionais e sociais, insegurança, dor crónica, entre outras. Assim, para estes autores o afeto ajuda o corpo a ter mais saúde, acelerando a recuperação dos fatores de *stress*.

Quando desejamos ativar o comportamento do outro, para além de entender em que estadio da mudança essa pessoa se encontra, a primeira pergunta que devemos fazer consiste em: Qual é o comportamento positivo que desejo que o meu «alvo» tenha? Qual o benefício que o meu destinatário vai ter com isto/esta ação/intervenção?

A motivação para adotarmos atitudes saudáveis e comportamentos que promovam a nossa saúde e bem-estar é essencial para a ativação dos impulsos para agirmos. Sem motivação não acionamos os nossos comportamentos e os resultados de tantas campanhas e ações podem não ativar os comportamentos e estilos de vida saudáveis pretendidos. São, assim, evidentes as mais-valias da «linguagem positiva», clara, acessível, do uso da voz ativa e do comportamento assertivo, que reúnem em si ingredientes estimulantes para que o destinatário passe a ouvir, retenha mais informação através da memória e tenha uma maior abertura da sua mente para compreender e adotar comportamentos mais saudáveis, sendo que estão cada vez mais evidenciados que os processos positivos servem de base a mudanças de comportamentos em saúde (Van Cappellen, Rice, Catalino, & Fredrickson, 2018).

## Referências

- Ávila, P., Espanha, R., & Mendes, R. M. (2016). *Inquérito à literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; CIES-IUL.
- Beekman, H., Kaplan, S. H., & Frankel, R. (1989). Outcome-based research on doctor-patient communication: A review. In M. A. Stewart & D. L. Rotter (Eds.), *Communicating with medical patients* (pp. 223-227). Newbury Park, CA: Sage.
- Belim, C., & Almeida, C. V. (2018). Healthy thanks to communication: A model of communication competences to optimize health literacy – Assertiveness, clear language, and positivity. In V. E. Papalois & M. Theodospoulous (Eds.), *Optimizing health literacy for improved clinical practices* (pp. 124-152). Hershey, PA: IGI Global.
- Carvalho-Teixeira, J. A. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- Doak, C. C., Doak, L. G., & Root, J. H. (1996). *Teaching patients with low literacy*. Philadelphia: Lippincott.
- Edwards, J. R. (2001). Multidimensional constructs in organizational behavior research: An integrative analytical framework. *Organizational Research Methods*, 4(2), 141-192. doi: 10.1177/109442810142004
- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy*, 6, 101-123. doi: 10.1176/ajp.137.5.535
- Fage-Butler, A. M., & Jensen, M. N. (2015). The relevance of existing health communication models in the email age: An integrative literature review. *Communication & Medicine*, 12(2-3), 117-128. doi: 10.1558/cam.18399
- Floyd, K., & Ray, C. D. (2016). The biology of affection. *Oxford research encyclopedia of communication*. Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/acrefore/9780190228613.013.157
- Geboers, B., Reijneveld, S. A., Koot, J. A., & Winter, A. F. (2018). Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: The development of a health literacy intervention model. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 15(6), E1268. doi: 10.3390/ijerph15061268
- Greenhalgh, T., & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship*. London: The King's Fund. Retrieved from [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Therapeutic\\_Practice.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Therapeutic_Practice.pdf)
- Hargie, O. (Ed.). (1997). *The handbook of communication skills*. London: Routledge.
- Hargie, O., & Dickson, D. (2004). *Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice* (4<sup>th</sup> ed.). Hove: Routledge.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Research and Educational Trust*, 40(6 Pt 1), 1918-1930. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x
- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU Member States: The European Health Literacy Survey – HLS-EU*. Health Literacy Europe. Retrieved from <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>

- Jackson, L. D. (1992). Information complexity and medical communication: The effects of technical language and amount of information in a medical message. *Health Communication*, 4(3), 197-210. doi: 10.1207/s15327027hc0403\_3
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(3 Suppl.), S110-S127.
- Kripalani, S., Bengtzen, R., Henderson, L. E., & Jacobson, T. A. (2008). Clinical research in low-literacy population: Using teach-back to assess comprehension of informed consent and privacy information. *IRB: Ethics and Human Research*, 30(2), 13-19.
- Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 888-890. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00543.x
- McCaffery, K. J., Smith, S. K., & Wolf, M. (2010). The challenge of shared decision making among patients with lower literacy: A framework for research and development. *Medical Decision Making*, 30(1), 35-44. doi: 10.1177/0272989X09342279
- Magen, E., & DeLisser, H. M. (2017). Best practices in relational skills training for medical trainees and providers: An essential element of addressing adverse childhood experiences and promoting resilience. *Academic Pediatrics*, 17(7S), S102-S107. doi: 10.1016/j.acap.2017.03.006
- Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2017). Review of health behaviour theories: How useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7, 104. doi: 10.1186/1471-2458-7-104
- Nijman, J., Hendricks, M., Braners, A., Jong, J., & Rademakers, J. (2014). Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *Journal of Health Communication: International perspectives*, 19(8), 955-969. doi: 10.1080/10810730.2013.837561
- Ramanadhan, S., Mendez, S. R., Rao, M., & Viswanath, K. (2013). Social media use by community-based organizations conducting health promotion: A content analysis. *BMC Public Health*, 13(1), 1129. doi: 10.1186/1471-2458-13-1129
- Silverman, J., Draper, J., & Kurtz, S. M. (1997). The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching II: The SET-GO method of descriptive feedback. *Education for General Practice*, 8, 16-23.
- Smith, S. K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D., & McCaffery, K. J. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine*, 69, 1805-1812. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.056
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043
- Street, R. L., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*, 65(3), 586-598. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.036

Van Cappellen, P., Rice, E. L., Catalino, L. I., & Fredrickson, B. (2018). Positive affective processes underlie positive health behaviour change. *Psychology & Health, 33*(1), 77-97. doi: 10.1080/08870446.2017.1320798

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO.

Zolnierok, K. B., & DiMatteo, R. M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care, 47*(8), 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

Zoppi, K., & Epstein, R. M. (2002). Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Family Medicine, 34*(5), 319-324.

### **Como citar?**

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

# CONTRIBUTOS DA LITERACIA EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO E RACIONALIZAÇÃO DE CUSTOS NA SAÚDE

*Maria da Luz Antunes / Carlos Lopes*

## **Introdução**

A Organização Mundial da Saúde define a literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade que o indivíduo tem para obter, interpretar e compreender a informação básica de saúde e serviços de uma forma que seja promotora da saúde (Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013; World Health Organization, 1998).

A transmissão de informação sobre saúde é mais eficaz quando os seus conteúdos são especificamente desenhados para uma pessoa ou para um grupo populacional e quando a mensagem é bem delimitada, realçando os benefícios (ganhos) e os custos (perdas) associados aos comportamentos e às tomadas de decisão. A autoconfiança e a implementação de comportamentos saudáveis são também evidentes quando existe a preocupação de definir instruções específicas para um comportamento de saúde (Kickbusch et al., 2013); por exemplo, ao invés de mensagens assustadoras e negativas promove-se a motivação com mensagens positivas.

Mais do que transmitir informação, a literacia em saúde implica a aquisição de competências em adquirir a informação e aplicá-la com sucesso à sua própria realidade. Mas a literacia em saúde é um tipo distinto de literacia ou apenas literacia num contexto de saúde?

A literacia em saúde engloba quatro dimensões (World Health Organization, 1998):

- 1) Conhecimento básico em saúde, i.e., o conhecimento e uso de comportamentos de promoção de saúde, proteção da saúde e prevenção da doença;
- 2) Competências para a utilização dos sistemas de saúde;
- 3) Competências de consumidor para tomar decisões de saúde na seleção e utilização de bens e serviços e agir de acordo com os seus direitos de consumidor;
- 4) Comportamento de decisão informada na esfera política, o conhecimento dos direitos de saúde, a participação ativa na defesa de questões de saúde e a filiação em organizações de saúde e de doentes.

A literacia em saúde assenta numa intervenção ao nível educacional e está sujeita a um contexto específico e à influência da interação entre o indivíduo e o seu meio. Constitui “um importante determinante da saúde e da qualidade de vida e reflete as desigualdades sociais. Incorpora fatores psicológicos (como a motivação e a perceção de autoeficácia), sociais e ambientais que influenciam as escolhas e os comportamentos relacionados com a saúde. [...] requer abordagens compreensivas (holísticas), incluindo a utilização de uma linguagem clara que torne acessíveis as mensagens a todos que favoreça uma maior capacidade para lidar com a doença, para a utilização dos serviços de saúde de forma adequada e para melhor compreender e controlar as situações da vida” (Loureiro, 2015, p. 1). Até ao momento, a avaliação da literacia em saúde tem-se centralizado essencialmente na capacidade que os indivíduos apresentam para ler materiais escritos. Porém, além das competências de leitura, devem ser igualmente consideradas a numeracia, as competências da fala e audição e os conhecimentos conceptuais e culturais.

A literacia em saúde é um conceito relativamente novo na pesquisa da promoção da saúde. Só nos últimos 20 anos é que os investigadores identificaram os problemas associados à literacia em saúde, o papel que desempenha na capacidade de o indivíduo compreender a saúde, os cuidados de saúde e a sua relação com os resultados em saúde (Speros, 2005). O conceito de acesso à saúde modificou-se ao longo do tempo. As primeiras análises, datadas da década de 1970, sugerem uma forte relação do acesso à saúde com os aspetos geográfico (disponibilidade) e financeiro (capacidade de pagamento) (Sanchez & Ciconelli, 2012). A literatura mais recente aborda questões como a cultural, educacional e socioeconómica, incorporando ainda o elemento aceitabilidade (Pleasant, Cabe, Patel, Cosenza, & Carmona, 2015).

As consequências da literacia em saúde incluem um melhor estado de saúde, a redução dos custos de cuidados de saúde, o aumento do conhecimento em saúde e o uso menos frequente de serviços de saúde. É fundamental para que as pessoas de um modo geral possam gerir com sucesso a sua própria saúde. Exige competências e conhecimentos sobre saúde e cuidados de saúde, incluindo a descoberta, compreensão, interpretação e comunicação de informação em saúde, a pesquisa de cuidados adequados e a tomada de decisões críticas em saúde (Keleher & Hagger, 2007; Mackert, Champlin, Su, & Guadagno, 2015). O mau estado de saúde, mas também altas taxas de uso de serviços de saúde comprometem a segurança do doente e aumentam os custos em saúde (Kobylarz, Pomidor, & Heath, 2006; Montgomery, 2015).

\*

Em 2006 constatava-se, no Canadá, que os baixos níveis de alfabetização eram uma grande preocupação (Chiarelli & Edwards, 2006). Acreditava-se que as políticas de saúde pública deviam ser mais sensíveis à cultura, especialmente entre os povos aborígenes, francófonos e os novos canadianos. A melhoria da literacia em saúde passava pela educação infantil, pela criação de programas de alfabetização das famílias, mas também pela redução do abandono escolar. Ou seja, as disparidades deveriam ser reduzidas através do reforço dos níveis de educação e literacia em saúde entre os grupos vulneráveis. Por outro lado, nos Estados Unidos, a preocupação envolvia também os idosos (Billek-Sawhney &

Reicherter, 2005), onde um elevado índice de analfabetismo afetava desproporcionalmente os adultos mais velhos, agravado pela prevalência de doenças crônicas e pelas alterações sensoriais associadas ao envelhecimento. O Chile, por seu turno, adicionou outra preocupação: os procedimentos de consentimento informado deveriam considerar a heterogeneidade da literacia em saúde da sua população (Saavedra-Dahm et al., 2012).

Em Portugal, a publicação do Despacho n.º 3618-A/2016 evidenciou a literacia em saúde como a referência nuclear da promoção de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, em que se preparam e apoiam os prestadores informais em cuidados domiciliários, no âmbito da prevenção da diabetes, da obesidade, mas também na promoção da saúde mental, do envelhecimento saudável e da utilização racional e segura do medicamento (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2016). Na mesma linha de atuação, em setembro de 2018 foi assinado um protocolo de colaboração inovador entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde; trata-se de uma parceria destinada ao apoio à decisão clínica, à formação profissional contínua e à literacia em saúde para todos os cidadãos (Ministério da Saúde, 2018). O protocolo pretende disponibilizar *online* e gratuitamente sistemas de apoio à decisão clínica internacionalmente reconhecidos (BMJ Best Practice, Cochrane Library, DynaMed Plus e UpToDate) com o objetivo de fornecer informação aos profissionais de saúde, nomeadamente aos médicos, que permita uma tomada de decisão clínica mais informada e baseada na melhor evidência científica. Para além dos profissionais de saúde, também os cidadãos beneficiarão do acesso livre à melhor informação, baseada em evidência científica, estando prevista a tradução de alguns conteúdos para português para facilitar a compreensão por parte da população.

Considera-se, assim, a literacia em saúde como facilitadora para a participação efetiva nos cuidados de saúde. No entanto, existe ainda a necessidade de estudar a forma de a aumentar e fazer com que constitua uma verdadeira influência nos cuidados de saúde.

O objetivo deste estudo de revisão é a análise do conceito de literacia em saúde através da interação doente/profissionais de saúde/sistema de saúde. Procura-se responder às seguintes questões: Em que consiste a literacia em saúde? Em que medida interfere na comunicação entre doentes, profissionais de saúde e sistema de saúde? Que consequências tem na saúde pública?

Apresenta-se o conceito de literacia em saúde e a associação da sua baixa literacia aos gastos e aos comportamentos em saúde. Efetua-se uma análise da literatura científica publicada sobre a baixa literacia em saúde e a sua implicação nos custos na saúde usando, para este propósito, oito bases de dados. Em complemento, aponta-se a importância da literacia em saúde na comunicação médico-doente com vista à promoção da saúde.

## **Método e materiais**

Selecionaram-se oito bases de dados que, de forma alargada e extensiva, indexassem uma grande variedade de documentos sobre o tema em análise, a saber:

- *Cochrane Library*. A *Cochrane Database of Systematic Reviews* é a principal base de dados para revisões sistemáticas em saúde; também inclui protocolos para revisões, editoriais e suplementos; contempla qualquer tópico relevante para os cuidados de saúde, incluindo serviços de saúde;
- DOAJ (*Directory of Open Access Journals*). Base de dados em formato de diretório *online*, assegura a curadoria das revistas indexadas em acesso aberto e com *peer review*;
- Embase (interface da OVID). Base de dados biomédica agrega a literatura científica internacional mais importante desde 1947, regista mais de 32 milhões de registos e, desde 2009, inclui também *conference abstracts*;
- MEDLINE (interface PubMed). A principal base de dados da National Library of Medicine (EUA) indexa, de forma continuada desde 1966, mais de 25 milhões de referências de artigos científicos na área da biomedicina;
- ProQuest *Theses & Dissertations*. Base de dados considerada como o repositório oficial da U.S. Library of Congress, indexa mais de quatro milhões de teses de doutoramento e dissertações de mestrado (conteúdos desde 1637);
- SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Base de dados e biblioteca digital num modelo cooperativo de revistas científicas digitais em acesso aberto da América Latina, Península Ibérica e África do Sul;
- Scopus. Base de dados multidisciplinar com cerca de 70 milhões de resumos e citações de artigos científicos, indexa quase 23.000 revistas de mais de 5.000 editoras internacionais, 16 milhões de perfis de autor e cerca de 70.000 perfis institucionais;
- *Web of Science*. Base de dados multidisciplinar de citações científicas, originalmente construída pelo *Institute for Scientific Information*. Indexa 18.000 revistas científicas com elevado fator de impacto, mais de 180.000 *conference proceedings* e mais de 80.000 *ebooks* provenientes de todo o mundo.

Definiu-se uma data específica e rigorosa para a recolha de dados em todos os recursos (14 e 15 de setembro de 2018), dada a variabilidade dos resultados consoante os acessos e a diferença de datas.

Como critérios de elegibilidade foram definidos:

- Estudos que cruzassem as duas vertentes em análise: literacia em saúde X custos na saúde.
- Estudos indexados independentemente da sua tipologia;
- Estudos indexados independentemente da versão (*preprint*, *postprint*);
- Estudos indexados independentemente da versão linguística;
- Textos indexados sem resumo (e.g., editoriais) devem ser considerados;
- Cobertura temporal sem limites e em função dos conteúdos disponibilizados pelos recursos de informação.

Para a pesquisa foi utilizado o operador booleano «and» e, sempre que possível, os descritores do MeSH (*Medical Subjects Headings*). Na sua impossibilidade recorreu-se a expressões aproximadas. Não foi possível replicar o mesmo filtro de pesquisa em todos os recursos de informação. Também o filtro de pesquisa sofreu ajustes sempre que necessário (palavras-chave, tópicos, resumo, todo o texto, etc.) (Tabela 1).

Tabela 1

*Cruzamento de descritores/palavras-chave e uso de filtros de pesquisa*

<b>Bases de dados</b>	<b>Search string</b>	<b>Filtro</b>
<b>Cochrane Library</b>	(health literacy) and (“health-care costs”)	MeSH Term
<b>DOAJ</b>	(“health literacy”) and (“health care costs”)	Search all
<b>Embase</b> (interface OVID)	(health literacy) and (health care cost)	Keywords (exp all)
<b>MEDLINE</b> (interface PubMed)	(health literacy) and (health care cost)	MeSH Term
<b>ProQuest Theses &amp; Dissertations</b>	ab(health literacy) and ab(health care costs)	Abstract
<b>SciELO</b>	(ab:(health literacy)) and (ab:(health costs))	Abstract
<b>Scopus</b>	(“health literacy”) and (“health care cost”)	Keywords
<b>Web of Science</b>	(“health literacy”) and (“health care cost”)	Topics

Alguns conteúdos sobrepõem-se em mais de uma base de dados. Em alguns dos recursos constata-se também um trabalho ineficaz dos operadores booleanos. Na Embase, na ProQuest *Theses & Dissertations* e na *Web of Science* a pesquisa apresentou documentos com um e/ou o outro descritor, tendo-se optado por acrescentar aspas no princípio e no final dos tópicos de pesquisa. A MEDLINE e a Scopus foram os recursos que apresentaram os dados mais fiáveis, assentes nos descritores do MeSH e com rigoroso cruzamento de descritores.

De acordo com a associação da literacia em saúde/custos na saúde, os estudos deverão ser classificados com áreas de atuação/intervenção identificadas na tabela da *National Library of Medicine*.

Face à possibilidade de alguns estudos poderem estar indexados em mais do que um dos recursos – as bases de dados analisadas são algumas das mais importantes fontes de informação em saúde –, definiu-se o Mendeley, como gestor bibliográfico, enquanto ferramenta útil para o cruzamento de dados e para a criação de uma lista definitiva de resultados.

## Resultados

Apurou-se um total de 722 resultados/documentos. A análise de rastreio e eliminação de duplicados permitiu reduzir 262 documentos. A observação posterior, baseada no estudo de títulos e resumos, permitiu reduzir para 142 documentos que, após leitura detalhada, possibilitou a inclusão e citação de 77 documentos (Figura 1).

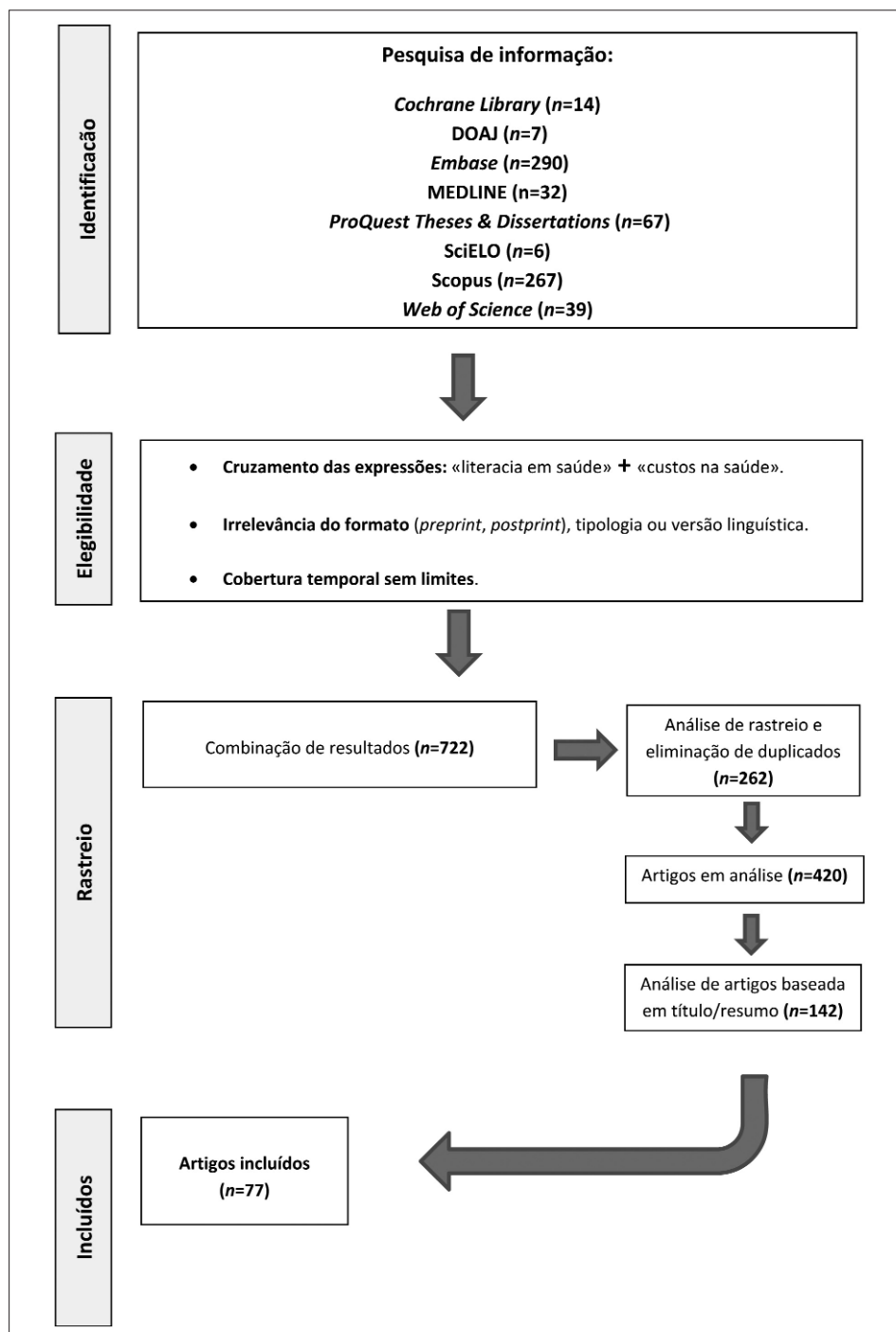
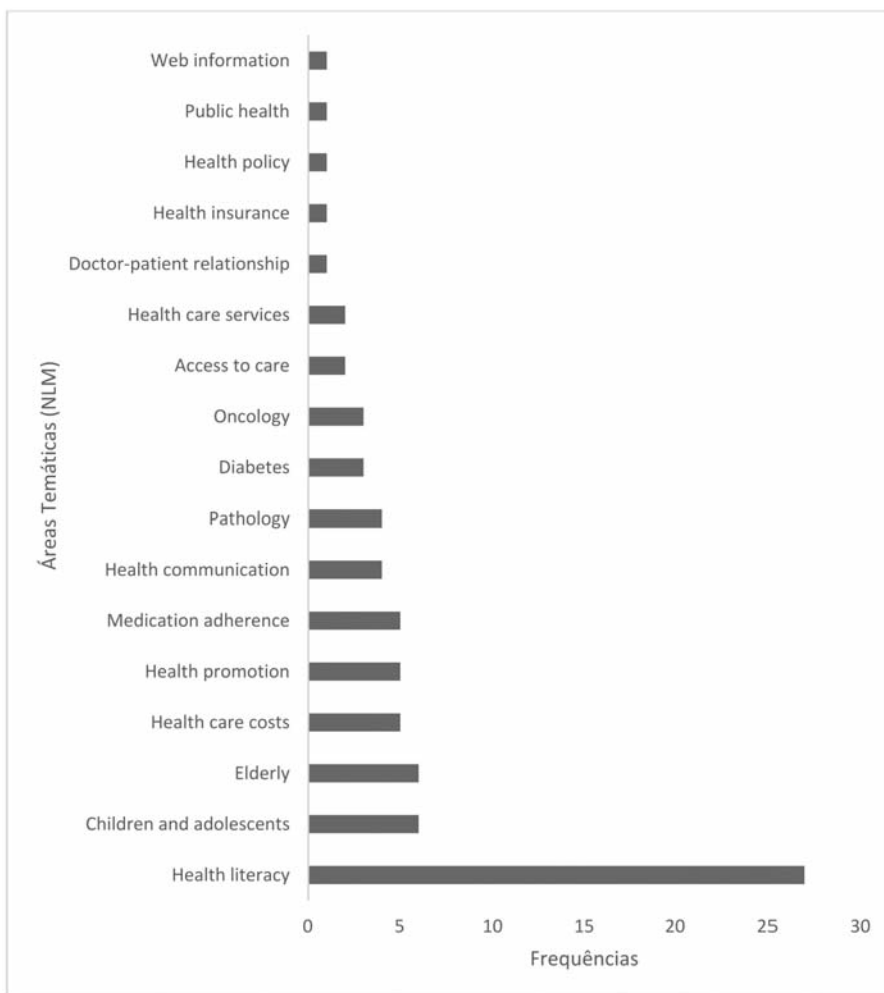


Figura 1. Diagrama da seleção dos estudos.

A Figura 2 evidencia a analogia literacia em saúde/custos na saúde com áreas de atuação/intervenção identificadas na classificação da *National Library of Medicine*, registrando-se uma maior frequência nas áreas da literacia em saúde, dos idosos, adolescentes e crianças, na promoção da saúde, na adesão à terapêutica e nos custos dos cuidados de saúde.



Nota. Temáticas de acordo com a classificação definida pela *National Library of Medicine*.

Figura 2. Frequências do cruzamento da literacia em saúde/custos na saúde com áreas de atuação (N=77).

Os estudos analisados evidenciam também uma preocupação pela avaliação da literacia em saúde (Tabela 2). Alguns exemplos já validados:

Tabela 2

*Instrumentos de avaliação de literacia em saúde*

<b>Instrumento</b>	<b>Citação</b>
<b>Clear Communication Index</b>	Dee (2018)
<b>Diabetes Numeracy Test Scale</b>	Xu et al. (2014)
<b>EC-17</b> (Effective Consumer Scale)	Rader et al. (2011)
<b>ED-MHL</b> (Eating Disorder Mental Health Literacy)	Worsfold e Sheffield (2018)
<b>Health Literacy Management Scale</b>	Xu et al. (2014)
<b>HEIQ</b> (Health Education Impact Questionnaire)	Kroon et al. (2014)
<b>HILM</b> (Health Insurance Literacy Measurement)	Vardell (2017)
<b>HLQ</b> (Health Literacy Questionnaire)	Kroon et al. (2014)
<b>HLS-EU</b> (European Health Literacy Survey)	Lorini et al. (2018); Palumbo, Annarumma, Adinolfi, Musella e Piscopo (2016); Pedro, Amaral e Escoval (2016)
<b>HLUPTK</b> (Health Literacy Universal Precautions Toolkit)	Callahan et al. (2012); Dore et al. (2013)
<b>METER</b> (Medical Term Recognition Test)	Bosworth (2010)
<b>Million Hearts ® HTN Control: Action Steps for Clinicians</b>	Ross (2018)
<b>NAAL</b> (National Assessment of Adult Literacy)	Rasu, Bawa, Suminski, Snella e Warady (2015); Talsma (2014)
<b>NALS</b> (National Adult Literacy Survey)	Talsma (2014)
<b>NLAI</b> (Nutrition Literacy Assessment Instrument)	Gibbs (2012)
<b>NVS</b> (Newest Vital Sign)	Al-Jumaili, Al-Rekabi e Sorofman (2015); Bosworth (2010); Fleisher, Shah, Fitts e Dahodwala (2016); Gibbs (2012); Lorini et al. (2018); Ross (2018); Shealy e Threatt (2016); Vann Jr., Divaris, Gizlice, Baker e Lee (2013); Welch, VanGeest e Caskey (2011)
<b>PEMAT</b> (Patient Education Materials Assessment Tool)	Unaka, Statile, Choe e Yin (2018)
<b>PDCA</b> (Plan Do Check Act)	Taylor (2014)
<b>PMOSE/iKIRSCH formula</b>	Vargas, Kantak, Chuang, Koolen e Lee (2015)
<b>REALD-30</b> (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)	Miller, Lee, DeWalt e Vann (2010); Vann Jr. et al. (2013)
<b>REALM</b> (Rapid Estimation of Adult Literacy in Medicine)	Bosworth (2010); Georgiopoulou et al. (2010); Gibbs (2012); Maloni (2007); Unaka et al. (2018); Vitko et al. (2016)
<b>REALM-R</b> (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised)	Chauldhry et al. (2011)
<b>REALM-SF</b> (Rapid Estimation of Adult Literacy in Medicine-Short Form)	Fleisher et al. (2016)
<b>SCONUL</b> (Seven Pillars of Information Literacy framework)	De Brún (2015)
<b>SILS</b> (Single Item Literacy Screener)	Al-Jumaili et al. (2015)
<b>S-FHL</b> (Short Test of Functional Health Literacy)	Sanders, Thompson e Wilkinson (2007)
<b>S-TOFHLA</b> (Short Test of Functional Health Literacy in Adults)	Al-Jumaili et al. (2015); Bosworth (2010)
<b>TOFHLA</b> (Test of Functional Health Literacy in Adults)	Bosworth (2010); Gibbs (2012); Shealy e Threatt (2016); Speros (2005); Unaka et al. (2018)

Para um conhecimento mais aprofundado destes instrumentos sugere-se a consulta da base de dados do *Boston Health Literacy* (<https://healthliteracy.bu.edu/>).

## **Discussão**

Da análise da literatura científica publicada sobre a baixa literacia em saúde e a sua implicação nos custos na saúde, de que resultaram 77 artigos, poder-se-ão extrair algumas reflexões.

O processo de literacia em saúde tem sido socialmente construído ao longo do tempo. Foi iniciado pelos decisores políticos e imposto sobre as populações-alvo (Huber, Shapiro, & Gillaspay, 2012). Numa época em que se regista cada vez mais o aumento dos custos em cuidados de saúde, não é de estranhar que a literacia em saúde esteja na vanguarda. Ela é reconhecida como uma questão-chave para o sucesso da reforma dos cuidados de saúde (Huber et al., 2012; Talsma, 2014).

A literacia em saúde é apresentada como a capacidade de entender as informações básicas de saúde, de utilizar a informação de saúde e de tomar as decisões de saúde adequadas. Estima-se que cerca de 90 milhões de norte-americanos, por exemplo, tenham uma limitada literacia em saúde, proporcionando um défice de cuidados também às suas famílias (Cimasi, Sharamitaro, & Seiler, 2013; Koh et al., 2012; Stallings, 2015). Em Portugal, o estudo de Pedro, Amaral e Escoval (2016) refere a falta de evidência entre os inadequados níveis de literacia em saúde da população portuguesa e os custos individuais para o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Mas chama a atenção para a importância da literacia em saúde na prevenção de doenças prevalentes e dispendiosas para o SNS, como o cancro, a diabetes e as doenças cardiovasculares, mas também na adesão a planos de tratamento, quando diagnosticadas.

O tema da baixa literacia em saúde preocupa investigadores, profissionais de saúde e decisores públicos. Pela sua natureza interdisciplinar, relacional e internacional, a literacia em saúde é influenciada pelos sistemas de saúde, pela educação, pela comunicação social, pela família, pelo ambiente de trabalho, pela comunidade e pelas decisões políticas (Passamai, Sampaio, Dias, & Cabral, 2012).

A Internet é inegavelmente uma das mais importantes fontes de informação em saúde. Qualquer indivíduo pode publicar informação na Internet. Não há, porém, qualquer garantia de que essa informação seja fidedigna, precisa ou relevante; pelo que quem usa os motores de busca para pesquisar sobre doenças, medicamentos, genéricos ou não genéricos, corre o risco de recuperar uma informação com um efeito negativo na sua saúde e bem-estar (De Brún, 2015; Tonsaker, Bartlett, & Trpkov, 2014). Assinala-se também um estudo de 2010 que concluiu que cerca de um em cada quatro dos estudantes da área da saúde não consegue ver os vários sinais de perigo apresentados por farmácias ilegais na Internet (Ivanitskaya et al., 2010). Os doentes, por seu turno, procuram informação escrita sobre saúde e terapêutica em diferentes fontes. Para além da informação incluída na embalagem dos medicamentos, milhões de pessoas procuram

informações médicas *online*. São, na maioria dos casos, textos demasiado complexos para serem assimilados, para além dos problemas da fiabilidade da informação. Em geral, a dificuldade advém da gramática utilizada e da escolha das palavras empregues, mas também do facto dos assuntos serem de difícil elucidação (Leroy, Eryilmaz, & Laroya, 2006). Existirá qualidade nessa informação? Os índices de legibilidade dos documentos analisados neste estudo são bons, mas não são os ideais para doentes e familiares que pesquisam informação de saúde na Internet.

Este paradigma depende da exploração de dados, em que se pretende a melhor informação para uma melhor decisão. A informação armazenada não é um produto final. É uma matéria-prima, é necessário um processo de transformação para extrair o conhecimento que contribui para a compreensão e para a tomada de decisão estratégica (Castiel & Sanz-Valero, 2010). O conhecimento é, deste modo, apresentado como a «chave-de-ouro». A informação imprecisa afeta substancialmente a qualidade da participação do cidadão e, neste caso, do doente.

Da análise realizada, o estudo de Schulz e Nakamoto (2013) refere, em oposição que também se registam elevados níveis de literacia em saúde sem um correspondente alto grau de autonomia do doente, o que origina uma dependência desnecessária de doentes em profissionais de saúde. Pelo contrário, um alto grau de autonomia do doente sem um grau correspondente de literacia em saúde apresenta o risco de escolhas de saúde perigosas. Curiosamente, a insatisfação registada com as restrições dos sistemas de saúde, a falta de confiança na palavra dos profissionais de saúde, o aumento dos custos da assistência médica e o acesso à informação *online* têm aumentado entre os consumidores (Lindenthal & Delisa, 2012).

Poder-se-á então afirmar que o interesse pela saúde aumentou, sendo agora prioritário na literacia médica.

Não existe, porém, um quadro jurídico coerente para a incorporação da pesquisa da literacia em saúde que desafie os pressupostos tradicionais sobre a compreensão do doente e a tomada de decisão e que enfatize a necessidade de melhorar a comunicação de modo a incorporar medidas efetivas para avaliação da compreensão do doente (Clark, 2011).

Apesar da sua importância, a literacia em saúde foi até recentemente posta à margem dos esforços de melhoria dos cuidados de saúde que visam aumentar o acesso, melhorar a qualidade e diminuir os custos de gestão. Em Portugal são recentes os estudos que refletem sobre o impacto da literacia em saúde do doente na racionalização de custos em saúde; a maioria foi publicada após 2014. Este cenário tende a melhorar, seja pela via da legislação, seja pela via da investigação, de que a pós-graduação do ISPA – Instituto Universitário (*Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção*) representa um campo fértil de estudos em desenvolvimento.

Nos Estados Unidos, iniciativas políticas federais, como o *Affordable Care Act of 2010*, o *Department of Health and Human Services' National Action Plan to Improve Health Literacy* e o *Plain Writing Act of 2010*, refletiram sobre a importância da literacia em saúde (Koh et al., 2012) de modo a torná-la uma prioridade para a melhoria dos cuidados de saúde. Os Estados Unidos têm, ao longo dos anos, dedicado mais de 17% de seu

produto nacional bruto à saúde. Em 2018, essa percentagem subiu para 20% (Dee, 2018). Mas, apesar do elevado custo dos cuidados de saúde, o sistema de saúde permanece ineficiente e ineficaz, dada a limitada literacia em saúde dos doentes que, não entendendo as instruções verbais e escritas de uma alta hospitalar, por exemplo, regressam frequentemente ao serviço de urgência nos trinta dias seguintes (Ortiz, 2017).

O *Institute of Medicine's National Cancer Policy Forum* planeou também um *workshop* sobre o planeamento do tratamento do cancro centrado no doente, num apelo à sua consciencialização (Balogh et al., 2011). O objetivo deste tipo de planeamento é envolver os doentes e as suas famílias numa completa interação com os prestadores de cuidados de saúde para o desenvolvimento de um plano de tratamento bem concebido, usando adequadamente toda a informação médica disponível, considerando, em simultâneo, os aspetos médicos, sociais e as necessidades e desejos do doente e da família. Um plano de tratamento do cancro pode ser partilhado entre o doente, a família e a equipa clínica a fim de facilitar a coordenação dos cuidados e fornecer um plano de ajuda aos doentes. Existem, porém, inúmeros obstáculos neste planeamento assertivo. Alguns desses obstáculos decorrem do próprio doente. Incluem a falta de assertividade, de literacia em saúde, o seu estado emocional e doenças concomitantes. Outros obstáculos resultam de limitações clínicas, como a falta de tempo para decifrar informações complexas, a falta de ferramentas para facilitar o planeamento do tratamento, mas também a insensibilidade às necessidades informativas, culturais e emocionais dos doentes (Balogh et al., 2011). O envolvimento de todos, no entanto, levará a uma melhor gestão da doença, a melhores resultados de saúde e à satisfação do doente, à tomada de decisões informadas, aumentando o cumprimento das decisões de saúde e a melhor utilização dos recursos existentes.

Uma baixa literacia em saúde tem sido consistentemente associada a um maior número de hospitalizações (Haun et al., 2015), a uma maior utilização de cuidados de emergência, a uma desvalorização do rastreio mamográfico e da vacina contra a gripe (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011), a uma menor capacidade de seguir a terapêutica medicamentosa prescrita (Kountz, 2009; Ross, 2018), de interpretar os rótulos dos medicamentos e, no caso dos idosos, a taxas de mortalidade mais elevadas (MacLeod et al., 2017; Palumbo, Annarumma, Adinolfi, Musella, & Piscopo, 2016).

Também pode acontecer que os médicos não aconselhem devidamente a medicação que prescrevem (Kripalani, Osborn, Vaccarino, & Jacobson, 2011). Para o doente diabético, por exemplo, os materiais educacionais de educação para a saúde podem não assegurar uma completa compreensão do seu conteúdo, porque são escritos utilizando um vocabulário complexo (Pratt & Searles, 2017). Um bom uso das bulas dos medicamentos depende, entre outros fatores, da sua legibilidade (não são unicamente os idosos a ter um défice visual) e da literacia do doente, ou seja, a clareza em identificar letras, palavras e frases impressas e a capacidade do doente para compreender e usar essa informação.

Mais de 1/3 da população americana não possui a competência necessária para compreender a informação em saúde, tomar decisões de saúde, para seguir as instruções de medicação (Johnson, Moser, & Garwood, 2013; Liechty, 2011). Porquê? O estado socioeconómico, a etnia, a idade avançada e a educação limitada são os fatores de risco. Em Portugal, uma percentagem significativa da população que utiliza as farmácias como

uma fonte acessível e credível de informação em saúde, em particular os doentes crónicos e os idosos, tem um nível de escolaridade normalmente mais baixo que o 9º ano (Cavaco & Várzea, 2010). Deste modo, as bulas dos medicamentos podem não ser totalmente compreendidas pelos seus destinatários.

A capacidade individual para obter, avaliar, calcular e compreender a informação básica sobre a terapêutica medicamentosa, independentemente do conteúdo (escrito, oral, imagem ou por símbolos) pode melhorar o uso e a segurança dos medicamentos, bem como o relacionamento doente-farmacêutico (Zullig, Granger, & Bosworth, 2016). A falta de informação do doente pode aumentar a sua ansiedade face à doença, exacerbar a sua condição física e alterar a sua perceção da utilidade dos medicamentos (Castellano, Copeland-Halperin, & Fuster, 2013). Para além das crenças religiosas e das diferenças educacionais, importa considerar também os valores culturais.

Mas a curiosidade pela informação é crescente. Num estudo que decorreu em ambiente escolar, 3/4 das crianças envolvidas admitiu querer saber mais sobre a medicação que lhe prescrevessem (Macdonald, Macdonald, Crooks, & Collicott, 2011). Por seu turno, os adolescentes podem ter menos interação com o sistema de saúde e ter menos custos de cuidados de saúde do que os adultos, mas envolvem-se cada vez mais com a vertente da saúde, especialmente os adolescentes portadores de doenças crónicas (Borja González & del Pozo Serrano, 2017; Manganello, 2008). Eles são assíduos consumidores dos meios de comunicação e de outras tecnologias de acesso à informação em saúde e constituem um grupo alvo para muitas intervenções educativas relacionadas com a saúde. A tese de doutoramento de Jackson-Howard (2015) investigou justamente a perceção dos professores sobre a eficácia da literacia da informação sobre a literacia em saúde dos adolescentes através da introdução destes conceitos no programa curricular. A análise e a categorização dos dados, trabalhados de acordo com um modelo socioecológico, permitiram apurar que estes conteúdos podem ser introduzidos, com sucesso, ao nível do 3º ciclo, podendo interferir na mudança de políticas.

Ainda assim, a maioria dos médicos parece não conseguir identificar o problema e não está preparada para lidar com o doente que apresenta uma literacia em saúde inadequada. Numa comunidade de doentes oftalmológicos, 45,3% afirmam não ter recebido orientações para a fase pós-consulta (de Oliveira, Arieta, Temporini, & Kara-José, 2006).

Também um significativo número de profissionais de saúde esquece-se frequentemente de perguntar aos doentes se podem pagar os seus medicamentos (Zheng, Poulouse, Fulford, & Holbrook, 2012). Mais de 50% dos doentes abandona o tratamento prescrito (Castellano et al., 2013), na medida em que representa uma enorme sobrecarga financeira. Por exemplo, os custos dos medicamentos são uma barreira ao uso da contração de emergência (Cameron, Gordon, & Glasier, 2012). Melhorar significativamente o acesso aos cuidados de saúde, aumentar a literacia em saúde relacionada, por exemplo, com as doenças crónicas e estabelecer um diálogo estreito com os doentes no sentido de promover mudanças de estilo de vida a longo prazo pode possibilitar uma economia de custos na ordem dos 551 dólares por doente ativo por ano (Micklethwaite, Brownson, O'Toole, & Kilpatrick, 2012), através da redução de visitas ao hospital.

A baixa literacia em saúde relaciona-se então com a dificuldade na prevenção e na gestão de problemas de saúde (Suh et al., 2016), bem como com comportamentos ineficazes de saúde, i.e., com o uso inadequado de medicamentos, com o recurso excessivo aos serviços de saúde (em especial, os de urgências) ou com a ineficácia em lidar com situações de emergência (Palumbo, 2017). A baixa literacia está também associada a taxas de hospitalização mais altas (Rasu et al., 2015), mas também mais longas no tempo (o que implica mais custos associados a internamento prolongado, mais exames de diagnóstico e fraca adesão à terapêutica medicamentosa), a uma diminuição da utilização de medidas preventivas e a uma fraca adesão à prescrição terapêutica (Ross, 2015).

A baixa literacia acaba por afetar igualmente a comunicação e a relação médico-doente (Miller, 2010; Montgomery, 2015). Seja ele médico, enfermeiro ou técnico de diagnóstico e terapêutica, o profissional de saúde deve perguntar ao doente se compreendeu a prescrição médica, os exames de diagnóstico a realizar (e como realizá-los) ou outras instruções que entenda necessárias para a reabilitação do doente. Deve usar expressões adequadas, não só ao grupo etário, mas ao nível socioeconómico em que se integra o seu doente (Bosworth, 2010). Se subsistirem dúvidas, o profissional de saúde deve pedir-lhe que repita, por palavras suas, o que entendeu da consulta, da informação transmitida e da terapêutica a seguir. Mas deve considerar também que o doente recordar-se-á de menos de metade da informação veiculada durante a consulta. Acima de tudo, o profissional de saúde tem necessariamente de criar uma atmosfera de confiança e respeito – a confiança deve ser construída com o seu doente.

Os doentes devem receber a informação necessária e ter a oportunidade de decidir sobre as questões de saúde que os afetam. Devem ter livre acesso à informação médica e conhecimento clínico sobre a sua situação (Sørensen et al., 2015). Médicos e doentes devem comunicar efetivamente e partilhar informação. O sistema de cuidados de saúde deve ter disponível para os doentes e suas famílias a informação que lhes permita tomar decisões informadas quando selecionam um plano de saúde, um hospital ou entre tratamentos alternativos. Neste âmbito, os profissionais da informação em saúde (bibliotecários) podem contribuir no auxílio aos profissionais de saúde para promoção da saúde na comunidade, identificando informação útil e como escrevê-la em linguagem simples (Shipman, Lake, & Weber, 2016).

### **Como melhorar a literacia em saúde?**

- Promovendo a literacia em saúde junto das crianças e adolescentes através da criação de conteúdos curriculares no meio escolar, garantindo o seu *empowerment* na fase adulta (Winkelman, Caldwell, Bertram, & Davis, 2016);
- Promovendo o diálogo, a confiança e a comunicação profissional de saúde/doente (Irizarry et al., 2017);
- Comunicando de forma simples, sem abreviaturas e isenta da terminologia médica (Costa, Duggan, & Bates, 2007);

- Usando imagens para o esclarecimento de conceitos e de riscos para a saúde (Bonal Ruiz, Marzán Delis, Castillo Frómata, & Rubán Alfaro, 2013);
- Confirmando a compreensão do doente através dos métodos *show me* ou *teach back* (Kountz, 2009; LeBreton, 2015; Mulford, 2016);
- Proporcionando a adesão à terapêutica através de várias opções de tratamento (DeCoster, Ehlmann, & Conners, 2013);
- Melhorando as bulas dos medicamentos: na linguagem, no tamanho e no tipo de letra, na forma como são dobradas dentro das caixas, no tipo de papel (sem brilho) em que são impressas;
- Editando *flyers*, em linguagem acessível, do tipo *What to do when your child gets sick* (Herman, Young, Espitia, Fu, & Farshidi, 2009) e distribuindo-os gratuitamente na consulta de saúde infantil;
- Melhorando a consciência dos profissionais de saúde sobre as várias componentes da educação/literacia em saúde durante o atendimento ao doente através do uso do SPEAK (*Speech, Perception, Education, Access, and Knowledge*) (Kobylarz et al., 2006).

A maioria dos estudos continua a concentrar-se nas mesmas questões: em desenvolver instrumentos para avaliar as competências de literacia em saúde, em medir as competências de literacia em saúde dos doentes e em medir o nível de leitura dos materiais de educação dos doentes (Weiss, 2015). Mas é necessário mudar a trajetória da investigação em literacia em saúde, estudar qual é a melhor abordagem para lidar com a literacia em saúde em função de melhores resultados para os doentes – tornando-os mais saudáveis, com menos complicações e reduzindo os seus custos em saúde. De acordo com Gigerenzer e Muir Gray (2011), o século XXI pode ser o século do doente, em que as entidades governamentais e as instituições de saúde deverão mudar de rumo e disponibilizar informação rigorosa e transparente de modo a permitir o desempenho de melhores médicos, melhores doentes e, em última análise, melhores cuidados de saúde.

## Conclusões

A literatura científica analisada revela que pessoas com baixa literacia em saúde evidenciam uma menor capacidade de compreensão dos conteúdos de material informativo sobre, por exemplo, alimentos ou sobre o uso de medicamentos, bem como mais dificuldade em pesquisar, selecionar, ler e assimilar a informação em saúde disponível na Internet.

Considera-se que se existir um investimento mais significativo na promoção da literacia em saúde existirá uma melhor utilização dos serviços de saúde, uma diminuição dos comportamentos de risco em saúde e, conseqüentemente, uma diminuição dos gastos em saúde. Considera-se a literacia em saúde como facilitadora para a participação efetiva nos cuidados de saúde. Regista-se, no entanto, ainda a necessidade de estudar a forma de a melhorar e contribuir para que constitua uma verdadeira influência nos cuidados de saúde.

Os consumidores de informação de saúde *online* beneficiarão seguramente das iniciativas de educação e de prevenção que alertam para o desenvolvimento das suas competências de avaliação da informação. Os programas de comunicação a desenvolver devem incluir o *empowerment* que motiva os doentes a envolver-se e a literacia que lhes permita fazer escolhas informadas e fundamentadas.

A literatura consultada evidencia que ter informação está na base do acesso à saúde. Essa noção está associada aos conceitos de *empowerment* e de literacia para a tomada de decisões de saúde.

## Referências

- Al-Jumaili, A. A., Al-Rekabi, M. D., & Sorofman, B. (2015). Evaluation of instruments to assess health literacy in Arabic language among Iraqis. *Research in Social & Administrative Pharmacy, 11*(6), 803-813. doi: 10.1016/j.sapharm.2015.02.002
- Balogh, E. P., Ganz, P. A., Murphy, S. B., Nass, S. J., Ferrell, B. R., & Stovall, E. (2011). Patient-centered cancer treatment planning: Improving the quality of oncology care. *Oncologist, 16*(12), 1800-1805. doi: 10.1634/theoncologist.2011-0252
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine, 155*(2), 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Billek-Sawhney, B., & Reicherter, E. A. (2005). Literacy and the older adult: Educational considerations for health professionals. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 21*(4), 275-281.
- Bonal Ruiz, R., Marzán Delis, M., Castillo Frómeta, M., & Rubán Alfaro, M. A. (2013). Alfabetización en salud en medicina general integral: Perspectivas en Santiago de Cuba. *MEDISAN, 17*(1), 126-140.
- Borja González, J., & del Pozo Serrano, F. J. (2017). Educación para la salud con adolescentes: Un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad. *Revista Salud Uninorte, 33*(2), 213-223.
- Bosworth, H. B. (2010). Challenges and strategies to improve patient health literacy and competencies. *Patient Intelligence, 2010*, 19-25. doi: 10.2147/PI.S9491
- Callahan, L. F., Hawk, V., Brouckson, K. A., Hackney, B., MacDonald, D., Prizer, L. P., . . . & Dewalt, D. (2012). Developing a Health Literacy Universal Precautions Toolkit for rheumatology. *Arthritis & Rheumatology, 64*(10 Suppl), S672.
- Cameron, S. T., Gordon, R., & Glasier, A. (2012). The effect on use of making emergency contraception available free of charge. *Contraception, 86*(4), 366-369. doi: 10.1016/j.contraception.2012.02.018
- Castellano, J. M., Copeland-Halperin, R., & Fuster, V. (2013). Aiming at strategies for a complex problem of medical nonadherence. *Global Heart, 8*(3), 263-271. doi: 10.1016/j.gheart.2013.06.001

- Castiel, L. D., & Sanz-Valero, J. (2010). El acceso a la información como determinante social de la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 25(Suppl 3), 26-30.
- Cavaco, A. M., & Várzea, D. (2010). Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 179-186. doi: 10.1016/S0870-9025(10)70009-2
- Chaudhry, S. I., Herrin, J., Phillips, C., Butler, J., Mukerjee, S., Murillo, J., . . . Krumholz, H. M. (2011). Racial disparities in health literacy and access to care among patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 17(2), 122-127. doi: 10.1016/j.cardfail.2010.09.016
- Chiarelli, L., & Edwards, P. (2006). Building healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health*, 97(Suppl 2), S37-S42.
- Cimasi, R. J., Sharamitaro, A. R., & Seiler, R. L. (2013). The association between health literacy and preventable hospitalizations in Missouri: Implications in an era of reform. *Journal of Health Care Finance*, 40(2), 1-16.
- Clark, B. (2011). Using law to fight a silent epidemic: The role of health literacy in health care access, quality, & cost. *Annals of Health Law*, 20(2), 253-327.
- Costa, F. A., Duggan, C., & Bates, I. (2007). A systematic approach to cross-cultural adaptation of survey tools. *Pharmacy Practice*, 5(3), 115-124.
- De Brún, C. (2015). *Design and development of COCO: A model to facilitate access to high quality consumer health information* (Unpublished doctoral dissertation). Coventry University, Coventry, England.
- DeCoster, V., Ehlman, K., & Conners, C. (2013). Factors contributing to readmission of seniors into acute care hospitals. *Educational Gerontology*, 39(12), 878-887. doi: 10.1080/03601277.2013.767615
- Dee, V. (2018). *Health literacy as a measure to reduce cost, improve health and access* (Unpublished doctoral dissertation). Walden University, Minneapolis, United States.
- de Oliveira, D. F., Arieta, C. E., Temporini, E. R., & Kara-José, N. (2006). Quality of health care: Patient satisfaction in a university hospital. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 69(5), 731-736. doi: 10.1590/S0004-27492006000500021
- Dore, A., Dye, J., Hourani, L., Hackney, B., Criscione-Schreiber, L. G., Hant, F. N., . . . Callahan, L. F. (2013). Incorporating the Health Literacy Universal Precautions Toolkit Quick Start In academic rheumatology practices: Carolina fellows collaborative. *Arthritis & Rheumatology*, 65(10 Suppl), S414.
- Fleisher, J. E., Shah, K., Fitts, W., & Dahodwala, N. A. (2016). Associations and implications of low health literacy in Parkinson's disease. *Movement Disorders Clinical Practice*, 3(3), 250-256. doi: 10.1002/mdc3.12272
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março. *Diário da República*, 2ª série (49), 8660-(5)-8660-(6).
- Georgiopolou, V. V., Kalogeropoulos, A. P., Gupta, C., Giamouzis, G., Norton, C. R., Bhatt, K., . . . Butler, J. (2010). Health literacy, self-reported education and outcomes among heart failure outpatients. *Journal of Cardiac Failure*, 16(8 Suppl), S108.

- Gibbs, H. D. (2012). *Nutrition literacy: Foundations and development of an instrument for assessment* (Unpublished doctoral dissertation). University of Illinois, Urbana-Champaign, United States.
- Gigerenzer, G., & Muir Gray, J. M. (2011). Launching the century of the patient. In G. Gigerenzer, & J. A. Muir Gray (Eds.), *Better doctors, better patients, better decisions: Envisioning health care 2020* (pp. 3-28). Cambridge, MA: MIT Press.
- Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D., & Lapcevic, W. A. (2015). Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: A regional population based study. *BMC Health Services Research, 15*, 249. doi: 10.1186/s12913-015-0887-z
- Herman, A., Young, K. D., Espitia, D., Fu, N., & Farshidi, A. (2009). Impact of a health literacy intervention on pediatric emergency department use. *Pediatric Emergency Care, 25*(7), 434-438. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181ab78c7
- Huber, J. T., Shapiro, R. M., & Gillaspay, M. L. (2012). Top down versus bottom up: The social construction of the health literacy movement. *Library Quarterly, 82*(4), 429-451. doi: 10.1086/667438
- Irizarry, T., Shoemake, J., Nilsen, M. L., Czaja, S., Beach, S., & Dabbs, A. D. (2017). Patient portals as a tool for health care engagement: A mixed-method study of older adults with varying levels of health literacy and prior patient portal use. *Journal of Medical Internet Research, 19*(3), e99. doi: 10.2196/jmir.7099
- Ivanitskaya, L., Brookins-Fisher, J., O'Boyle, I., Vibbert, D., Erofeev, D., & Fulton, L. (2010). Dirt cheap and without prescription: How susceptible are young US consumers to purchasing drugs from rogue internet pharmacies? *Journal of Medical Internet Research, 12*(2), e11.
- Jackson-Howard, C. (2015). *Teachers' perceptions of multimodal literacies in middle school health literacy programs* (Unpublished doctoral dissertation). Walden University, Minneapolis, United States.
- Johnson, J. L., Moser, L., & Garwood, C. L. (2013). Health literacy: A primer for pharmacists. *American Journal of Health-System Pharmacy, 70*(11), 949-955. doi: 10.2146/ajhp120306
- Keleher, H., & Hagger, V. (2007). Health literacy in primary health care. *Australian Journal of Primary Health, 13*(2), 24-30. doi: 10.1071/PY07020
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kobylarz, F. A., Pomidor, A., & Heath, J. M. (2006). SPEAK: A mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. *Geriatrics, 61*(7), 20-26.
- Koh, H. K., Berwick, D. M., Clancy, C. M., Baur, C., Brach, C., Harris, L. M., . . . Zerhusen, E. G. (2012). New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly 'crisis care'. *Health Affairs, 31*(2), 434-443. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1169
- Kountz, D. S. (2009). Strategies for improving low health literacy. *Postgraduate Medicine, 121*(5), 171-177. doi: 10.3810/pgm.2009.09.2065

- Kripalani, S., Osborn, C. Y., Vaccarino, V., & Jacobson, T. A. (2011). Development and evaluation of a medication counseling workshop for physicians: Can we improve on ‘take two pills and call me in the morning’? *Medical Education Online*, 16, 1-7. doi: 10.3402/meo.v16i0.7133
- Kroon, F. P., van der Burg, L. R., Buchbinder, R., Osborne, R. H., Johnston, R. V., & Pitt, V. (2014). Self-management education programmes for osteoarthritis. *Cochrane Database System Review*, (1), CD008963. doi: 10.1002/14651858.CD008963.pub2
- LeBreton, M. (2015). *Implementation of a validated health literacy tool with teach-back education in a super utilizer patient population* (Unpublished doctoral dissertation). Widener University, Chester, United States.
- Leroy, G., Eryilmaz, E., & Laroya, B. T. (2006). Health information text characteristics. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 479-483.
- Liechty, J. M. (2011). Health literacy: Critical opportunities for social work leadership in health care and research. *Health & Social Work*, 36(2), 99-107.
- Lindenthal, J. J., & Delisa, J. A. (2012). Promoting appreciation of the study and practice of medicine: Inner workings of a Mini-Med program. *Advances in Medical Education and Practice*, 3, 73-78. doi: 10.2147/AMEP.S30495
- Lorini, C., Ierardi, F., Bachini, L., Donzellini, M., Gemmi, F., & Bonaccorsi, G. (2018). The antecedents and consequences of health literacy in an ecological perspective: Results from an experimental analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), ID798. doi: 10.3390/ijerph15040798
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 1. doi: 10.1016/j.rpsp.2015.05.001
- Macdonald, T., Macdonald, D., Crooks, B., & Collicott, C. (2011). What do children with cancer know about their medications? *Pharmacy Practice*, 9(4), 207-212.
- Mackert, M., Champlin, S., Su, Z. H., & Guadagno, M. (2015). The many health literacies: Advancing research or fragmentation? *Health Communication*, 30(12), 1161-1165. doi: 10.1080/10410236.2015.1037422
- MacLeod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., . . . Yeh, C. S. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38(4), 334-341. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.12.003
- Maloni, H. W. (2007). *An intervention to effect hypertension, glycemic control, diabetes self-management, self-efficacy, and satisfaction with care in type 2 diabetic VA health care users with inadequate functional health literacy skills* (Unpublished doctoral dissertation). The Catholic University of America, St. Petersburg, United States.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847. doi: 10.1093/her/cym069
- Micklethwaite, A., Brownson, C. A., O’Toole, M. L., & Kilpatrick, K. E. (2012). The business case for a diabetes self-management intervention in a community general hospital. *Population Health Management*, 15(4), 230-235. doi: 10.1089/pop.2011.0051

- Miller, E., Lee, J. Y., DeWalt, D. A., & Vann, W. F. Jr. (2010). Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. *Pediatrics*, *126*(1), 107-114. doi: 10.1542/peds.2009-2887
- Miller, L. M. (2010). Cognitive and motivational factors support health literacy and acquisition of new health information in later life. *California Agriculture*, *64*(4), 189-194.
- Ministério da Saúde. (2018). Portugueses vão ter acesso gratuito a plataformas de saúde com informação validada. Recuperado de <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/noticia?i=portugueses-vao-ter-acesso-gratuito-a-plataformas-de-saude-com-informacao-validada>
- Montgomery, L. (2015). Supporting radiation therapy patients with limited health literacy. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, *46*(1), 102-107. doi: 10.1016/j.jmir.2014.07.013
- Mulford, D. L. (2016). *Using the teach-back method to improve self-care behaviors* (Unpublished doctoral dissertation). Hampton University, Hampton, United States.
- Ortiz, A. (2017). *Using health literacy to improve emergency department discharge* (Unpublished doctoral dissertation). Walden University, Minneapolis, United States.
- Palumbo, R. (2017). Examining the impacts of health literacy on healthcare costs: An evidence synthesis. *Health Services Management Research*, *30*(4), 197-212. doi: 10.1177/0951484817733366
- Palumbo, R., Annarumma, C., Adinolfi, P., Musella, M., & Piscopo, G. (2016). The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*, *120*(9), 1087-1094. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.08.007
- Passamai, M. P., Sampaio, H. A., Dias, A. M., & Cabral, L. A. (2012). Letramento funcional em saúde: Reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface (Botucatu)*, *16*(41), 301-314. doi: 10.1590/S1414-32832012005000027
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *34*(3), 259-275. doi: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002
- Pleasant, A., Cabe, J., Patel, K., Cosenza, J., & Carmona, R. (2015). Health literacy research and practice: A needed paradigm shift. *Health Communication*, *30*(12), 1176-1180. doi: 10.1080/10410236.2015.1037426
- Pratt, M., & Searles, G. E. (2017). Using visual aids to enhance physician-patient discussions and increase health literacy. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, *21*(6), 497-501. doi: 10.1177/1203475417715208
- Rader, T., Ueffing, E., Garcia-Elorrio, E., Idzerda, L., Ciapponi, A., Irazola, V., . . . Tugwell, P. S. (2011). Influencing health equity: role of the effective consumer scale in measuring skills and abilities in a middle income country. *Journal of Rheumatology*, *38*(8), 1798-1802. doi: 10.3899/jrheum.110407
- Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K., & Warady, B. (2015). Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International Journal of Policy Management*, *4*(11), 747-755. doi: 10.15171/ijhpm.2015.151
- Ross, J. L. (2015). *HIV Treatment adherence: The role of patient-centered communication* (Unpublished doctoral dissertation). Alliant International University, San Diego, United States.

- Ross, T. (2018). *Increasing medication adherence in hypertensive patients with Million Hearts® Health Literacy Program* (Unpublished doctoral dissertation). Walden University, Minneapolis, United States.
- Saavedra-Dahm, O., Solar, P., Díaz, H., Mandel, A., Casado, M., & Orihuela, P. (2012). La heterogeneidad del alfabetismo en salud y el consentimiento informado en Chile. *Terapia Psicológica, 30*(3), 127-131. doi: 10.4067/S0718-48082012000300012
- Sanchez, R. M., & Ciconelli, R. M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica, 31*(3), 260-268.
- Sanders, L. M., Thompson, V. T., & Wilkinson, J. D. (2007). Caregiver health literacy and the use of child health services. *Pediatrics, 119*(1), e86-92. doi: 10.1542/peds.2005-1738
- Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling, 90*(1), 4-11. doi: 10.1016/j.pec.2012.09.006
- Shealy, K. M., & Threatt, T. B. (2016). Utilization of the Newest Vital Sign (NVS) in practice in the United States. *Health Communication, 31*(6), 679-687. doi: 10.1080/10410236.2014.990079
- Shipman, J. P., Lake, E., & Weber, A. I. (2016). Improving health literacy: Health sciences library case studies. *Reference Services Review, 44*(2), 206-214. doi: 10.1108/RSR-03-2016-0022
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health, 25*(6), 1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043
- Speros, C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 50*(6), 633-640. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x
- Stallings, E. (2015). *Literacy and culture as determinants of health: Designing education for improved outcomes* (Unpublished doctoral dissertation). Drew University, Madison-New Jersey, United States.
- Suh, S. W., Han, J. W., Park, J. Y., Hong, J. W., Kim, K., Kim, T., . . . Kim, K. W. (2016). Impacts of Illiteracy on the risk of dementia: A global health perspective. *Journal of Alzheimer's Disease, 53*(2), 731-741. doi: 10.3233/JAD-160108
- Talsma, J. (2014). Empowering patients with limited health literacy. *Drug Topics, 158*(5). Retrieved from <http://www.drugtopics.com/community-practice/empowering-patients-limited-health-literacy>
- Taylor, L. R. (2014). *Health literacy assessment tool for patients during discharge* (Unpublished doctoral dissertation). The College of St. Scholastica, Duluth, Minnesota, United States.
- Tonsaker, T., Bartlett, G., & Trpkov, C. (2014). Health information on the Internet: Gold mine or minefield? *Canadian Family Physician, 60*(5), 407-408.
- Unaka, N. I., Statile, A.M., Choe, A., & Yin, S. H. (2018). Addressing health literacy in the inpatient setting. *Current Treatment Options in Pediatrics, 4*(2), 283-299. doi: 10.1007/s40746-018-0122-3
- Vann Jr, W. F., Divaris, K., Gizlice, Z., Baker, A. D., & Lee, J. Y. (2013). Caregivers' health literacy and their young children's oral-health-related expenditures. *Journal of Dental Research, 92*(7 Suppl), 55S-62S. doi: 10.1177/0022034513484335

- Vardell, E. J. (2017). *Health insurance literacy: How people understand and make health insurance purchase decisions* (Unpublished doctoral dissertation). University of North Carolina, Chapel Hill, United States.
- Vargas, C. R., Kantak, N. A., Chuang, D. J., Koolen, P. G., & Lee, B. T. (2015). Assessment of online patient materials for breast reconstruction. *Journal of Surgical Research*, *199*(1), 280-286. doi: 10.1016/j.jss.2015.04.072
- Vitko, M. L., Locklear, A., Annis, I. E., Reuland, D. S., Sleath, B. L., Wolf, M. S., . . . Bailey, S. C. (2016). Administration of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine via telephone. *Family Medicine*, *48*(1), 10-14.
- Weiss, B. D. (2015). Health literacy research: Isn't there something better we could be doing? *Health Communication*, *30*(12), 1173-1175. doi: 10.1080/10410236.2015.1037421
- Welch, V. L., VanGeest, J. B., & Caskey, R. (2011). Time, costs, and clinical utilization of screening for health literacy: A case study using the Newest Vital Sign (NVS) instrument. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *24*(3), 281-289. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100212
- Winkelman, T. N., Caldwell, M. T., Bertram, B., & Davis, M. M. (2016). Promoting health literacy for children and adolescents. *Pediatrics*, *138*(6), e20161937. doi: 10.1542/peds.2016-1937
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO.
- Worsfold, K. A., & Sheffield, J. K. (2018). Eating disorder mental health literacy: What do psychologists, naturopaths, and fitness instructors know? *Eating Disorders*, *26*(3), 229-247. doi: 10.1080/10640266.2017.1397420
- Xu, W. H., Rothman, R. L., Li, R., Chen, Y., Xia, Q., Fang, H., . . . Liu, X. N. (2014). Improved self-management skills in Chinese diabetes patients through a comprehensive health literacy strategy: Study protocol of a cluster randomized controlled trial. *Trials*, *15*, 498. doi: 10.1186/1745-6215-15-498
- Zheng, B., Poulouse, A., Fulford, M., & Holbrook, A. (2012). A pilot study on cost-related medication nonadherence in Ontario. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, *19*(2), e239-47.
- Zullig, L. L., Granger, B. B., & Bosworth, H. B. (2016). A renewed Medication Adherence Alliance call to action: Harnessing momentum to address medication nonadherence in the United States. *Patient Preference and Adherence*, *10*, 1189-1195. doi: 10.2147/PPA.S100844

### Como citar?

Antunes, M. L., & Lopes, C. (2018). Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 43-63). Lisboa: Edições ISPA.



## ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A LITERACIA SOBRE O SONO DA MULHER

*Marta Barroca*

### **Enquadramento**

#### *O sono*

O sono é um fenómeno biológico e comportamental essencial à homeostasia humana, em todas as fases do ciclo de vida (Frange et al., 2017). O ser humano passa cerca de um terço da vida a dormir, o que denota a importância do sono para o funcionamento diário, para a saúde e bem-estar (Van de Straat & Bracke, 2015). Contudo, as exigências e os novos hábitos da sociedade atual, onde deixa de existir a clara demarcação entre dia e noite – alterando os ritmos circadianos –, onde proliferam os *écrans*, onde se trabalha por turnos e se acumulam tarefas profissionais e domésticas, levam a graves repercussões na quantidade e qualidade do sono quer de homens como de mulheres. Além disso, o próprio envelhecimento conduz a alterações da arquitetura do sono, predispondo para várias perturbações (Frange et al., 2017). Outros fatores associados a estas perturbações são o *stress*, o consumo de álcool ou drogas, a depressão, o baixo nível educacional ou socioeconómico, o estado civil (divorciados, separados, viúvos) e o sexo feminino (Tao, Sun, Shao, & Teng, 2016; Van de Straat & Bracke, 2015). Mesmo assim, envolvidas por todas estas solicitações sociais, profissionais e culturais, a maioria das pessoas desvaloriza a importância do sono e não está suficientemente alerta para os riscos da privação de sono e das perturbações do sono para a saúde. Menos sono está relacionado com piores resultados em saúde, podendo ter consequências graves ou até fatais, nomeadamente o aumento das doenças cardiovasculares, a diabetes, as demências e os acidentes de viação e de trabalho (Tao, Sun, Shao, & Teng, 2016).

As perturbações do sono situam-se entre os dez principais motivos de consulta nos cuidados de saúde primários e no *top 20* dos diagnósticos mais frequentes em medicina geral e familiar, tendo enorme impacto na saúde e também na economia. Pessoas com perturbações de sono tendem a consumir mais consultas, medicamentos, exames complementares de diagnóstico e internamentos. Face a esta realidade, deve haver maior sensibilização para questionar sistematicamente acerca dos hábitos de sono nas consultas médicas ou de enfermagem, como já se faz em relação à alimentação ou

exercício físico (Rodrigues, Nina, & Matos, 2014). Do mesmo modo, a educação da população e a sua capacitação para melhorar os hábitos de sono devem ser promovidos. Além de ser mulher constituir um fator de risco para as perturbações do sono, sabe-se que o impacto das perturbações do sono é diferente entre homens e mulheres (Vézina-Im, Moreno, Thompson, Nicklas, & Baranowski, 2017). Por exemplo, a privação de sono (inferior a sete horas/noite) está associada a maior mortalidade por todas as causas nas mulheres, mas não nos homens; as mulheres têm mais dificuldade a adormecer e manter o sono do que os homens e tendencialmente acordam com maior sensação de cansaço; ser mulher está também associado a privação de sono (Grandner et al., 2015; Liu et al., 2017; Nugent & Black, 2016). Enquanto o número normal de horas de sono diário varia entre 7-9 horas contínuas, a média para as mulheres situa-se nas seis horas e quarenta minutos, com interrupções (National Sleep Foundation, s.d.).

### *O sono na mulher*

A qualidade e a quantidade de sono sofrem alterações ao longo do ciclo de vida da mulher, cursando com perturbações do sono cuja incidência vai aumentando com a idade. Estas diferenças devem-se a fatores internos e externos, específicos do sexo feminino (Tabela 1).

Tabela 1

*Fatores que influenciam o sono na mulher, ao longo do ciclo de vida*

<b>Fatores internos</b>	<b>Fatores externos</b>
Flutuações hormonais	Maritais Responsabilidade com filhos
Sintomas vasomotores	Laborais Financeiros

Má qualidade ou quantidade de sono conduzem a sonolência diurna excessiva e fadiga, com impacto negativo na saúde global da mulher, estado de humor, desempenho cognitivo e laboral, interações sociais, segurança e qualidade de vida, afetando ainda direta ou indiretamente os filhos (principalmente se se trata de uma mulher grávida ou com filhos dependentes) (Attarian & Viola-Saltzman, 2013). Assim, o grupo de mulheres grávidas ou em idade fértil será prioritário para o desenvolvimento de estratégias que melhorem a qualidade do sono, visto que o impacto dessa intervenção será duplo (Vézina-Im et al., 2017). Por outro lado, como a mulher atrasa cada vez mais a maternidade e está profissional e socialmente ativa muito além dos 65 anos, também tem sentido haver uma preocupação especial com o sono das mulheres com mais de 45 anos: as que se encontram no climatério ou que já passaram a menopausa. Nestas, a prevalência de distúrbios do sono é até mais elevada. Dependendo da fase do ciclo de vida em que a mulher se encontra existem perturbações de sono mais ou menos

frequentes, mas de uma forma geral sobrepõem-se entre as diferentes idades e estados (Attarian & Viola-Saltzman, 2013).

Na mulher em idade fértil é mais comum haver alterações do sono associadas ao ciclo menstrual: insônia ou hipersonolência pré-menstrual relacionadas com a fase lútea do ciclo, onde há maior concentração da hormona luteinizante (LH) e de progesterona. Podem ainda ocorrer parassônias – experiências físicas involuntárias e indesejáveis (movimentos, comportamentos, percepções, sonhos, emoções) que ocorrem ao adormecer, durante o sono ou ao acordar. A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), a síndrome das pernas inquietas (SPI) e a insônia primária serão menos comuns, mas também possíveis neste grupo etário – por vezes com sintomatologia mais subtil, conduzindo ao subdiagnóstico e atraso no tratamento (Attarian & Viola-Saltzman, 2013).

Na mulher grávida regista-se um aumento da sonolência no primeiro trimestre, devido ao aumento ligeiro de temperatura basal, mas no 2º e 3º trimestres, à medida que o útero cresce, a qualidade do sono vai-se degradando. Há maior predisposição para a insônia, SAOS e SPI, que geralmente regridem no puerpério (Attarian & Viola-Saltzman, 2013; Ölmez et al., 2015).

A mulher que se encontre no climatério ou depois da menopausa, devido à diminuição de estrogénios, que condicionam fenómenos vasomotores como afrontamentos ou suores noturnos, apresenta frequentemente insônia. Por outro lado, a diminuição dos estrogénios também causa uma redistribuição da gordura corporal, com alargamento do pescoço e maior flacidez dos músculos cervicais, predispondo à SAOS. A SPI, também muito frequente nesta fase, pode ser idiopática (sem causa detetável) ou estar em relação com défice de ferro e de dopamina – relativamente comum na idade mais avançada ou como efeito secundário de fármacos (Attarian & Viola-Saltzman, 2013; Campos, Bittencourt, Haidar, Tufik, & Baracat, 2005; Freeman, Sammel, Gross, & Pien, 2015).

### *Modelo ecológico social de literacia em saúde*

A literacia em saúde relaciona-se com o desenvolvimento de conhecimento, competências e motivações dos indivíduos para melhor acederem, usarem, avaliarem, interpretarem e compreenderem o sistema de saúde, por forma a tomarem decisões fundamentadas para manterem a sua saúde no seu ciclo de vida (Sørensen et al., 2012). Desenvolver este tipo de literacia permite também aos indivíduos formar juízos de valor e tomar decisões que têm a ver com o seu quotidiano, influenciando a dimensão da saúde e, conseqüentemente, da sua qualidade de vida. Para conseguir adquirir essas competências, o indivíduo deve contar com a orientação dos profissionais de saúde, que funcionam como agentes de mudança, quebrando as barreiras que surjam no processo.

Com uma melhor literacia em saúde, os indivíduos estarão capacitados a participar diretamente nas medidas preventivas e de promoção de saúde, na deteção antecipada e melhor gestão da doença, no acesso mais informado e adequado aos cuidados de saúde ou ainda na melhoria da adesão aos tratamentos, com a finalidade última de melhorar a qualidade de vida.

Porém, o indivíduo não está sozinho neste processo de aquisição de literacia em saúde, está antes envolvido na família e na comunidade, num determinado contexto biopsicossocial. Para refletir precisamente esta realidade, McLeroy desenvolveu o modelo ecológico-social em 1988, onde defende a existência de múltiplos níveis de influência do sistema no comportamento humano, assim como a causalidade recíproca: os comportamentos individuais moldam e são moldados pelo ambiente intrapessoal (genética, personalidade), interpares (família, amigos), organizacional, comunitário e sócio-político (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988).

Deste modo, aplicando ao tema específico do sono na mulher, faz sentido dirigir a intervenção aos determinantes/fatores que influenciam a qualidade do sono e o surgimento de perturbações de sono na mulher nas diferentes fases do seu ciclo de vida (Figura 1). O modelo ecológico social permite analisar as competências exigidas neste contexto específico e ancorar as intervenções, pois é um modelo completo que integra as variáveis individuais e coletivas. Deste modo, permite envolver não só os indivíduos implicados (as mulheres, neste caso) como as famílias, a comunidade e os profissionais de saúde, no sentido de melhorar a literacia em saúde nesta área particular e prevenir as perturbações de sono na mulher, detetá-las precocemente e melhorar a adesão a estratégias terapêuticas (Vézima-Im et al., 2017).



Figura 1. Modelo ecológico social aplicado ao sono da mulher e seus determinantes (adaptado de McLeroy et al., 1988; Vézima-Im et al., 2017).

### *Modelo comunicacional e marketing*

Comunicação em saúde é descrita como uma “atividade de comunicação interpessoal ou de massa que se dirige a melhorar o estado de saúde dos indivíduos e populações” (Nutbeam, 1998). Para tal, é necessário que o profissional de saúde domine técnicas específicas de comunicação com vista a facilitar a compreensão dos indivíduos e a melhorar a literacia em saúde destes.

Os principais erros que conduzem a uma comunicação em saúde deficiente são: falta de compreensão dos conteúdos; confusão no entendimento do significado das palavras; nomes semelhantes ou muito técnicos dos medicamentos ou produtos terapêuticos; incompreensão das orientações dadas; utilização não monitorizada de produtos; relação profissional de saúde-doente excessivamente técnica e sem investimento interpessoal.

Devido às exigências de eficiência e produtividade cada vez mais presentes no setor da saúde, hoje em dia os profissionais têm cada vez menos tempo para comunicar com os seus pacientes. Além disso, a própria educação médica, historicamente paternalista, promove uma relação assimétrica entre o profissional e os pacientes. As próprias agendas do profissional de saúde e paciente são diferentes em cada encontro de saúde. Todos estes fatores contribuem para os tais erros comunicacionais. Por isso, é fundamental para os profissionais adotarem técnicas específicas de linguagem e comunicação não-verbal que facilitem a compreensão por parte do paciente, contribuindo para diminuir a preocupante realidade de “mais de 50% da população ter níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde” (Ávila, Espanha, & Mendes, 2016).

O modelo de comunicação Assertividade, Clareza e Positividade (ACP) é reflexo desta preocupação, podendo ser facilmente adaptado à construção de instrumentos escritos que pretendam melhorar a literacia em saúde, especificamente no tema abordado (Belim & Almeida, 2018) (Tabela 2).

Tabela 2

*Características do modelo comunicacional ACP (adaptado de Belim & Almeida, 2018)*

<b>Assertividade</b>	<b>Clareza</b>	<b>Positividade</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem para cuidar</li> <li>• Ser equilibrado</li> <li>• Guiar o paciente para as perguntas adequadas</li> <li>• Abordar desejos e necessidades</li> <li>• Ser perseverante e educado</li> <li>• Demonstrar certeza e convicção</li> <li>• Reconhecer e respeitar os direitos do outro</li> <li>• Dizer «não»</li> <li>• Ser objetivo e reforçar a informação essencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar jargão técnico</li> <li>• Ser criativo</li> <li>• Ter ressonância emocional</li> <li>• Ser imediatamente compreensível</li> <li>• Ser específico e concreto</li> <li>• Comunicar com clareza e significado</li> <li>• Limitar e repetir o conteúdo</li> <li>• Mostrar gráficos</li> <li>• O nível de leitura deve estar no 8º ano</li> <li>• Usar frases com ≤15 palavras</li> <li>• Usar a voz ativa</li> <li>• Usar a 2ª pessoa do verbo (tu/você)</li> <li>• Usar uma abordagem baseada na evidência</li> <li>• Conhecer o público-alvo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar palavras e frases negativas: «não», «nunca»</li> <li>• Ser positivo, otimista, esperançoso e confiante (autoeficácia)</li> <li>• Usar frases positivas: «eu escolho», «eu posso», «eu vou» (empoderamento e autoeficácia)</li> <li>• Elogiar</li> <li>• Motivar</li> <li>• Dirigir para a meta pretendida (esperança)</li> <li>• Orientar o esforço necessário para o sucesso através de tarefas desafiadoras</li> <li>• Fomentar a resiliência</li> </ul>

Além de conhecer a forma ideal de comunicar em saúde, é necessário criar estratégias que sejam persuasivas e motivem à mudança comportamental, pois só através disso a educação em saúde terá impacto – será transformada em literacia em saúde, capacitando os indivíduos a atuar para si e para a comunidade. Recorrer a estratégias de *marketing* social poderá ser uma mais-valia, nomeadamente porque direciona para aspetos fundamentais como:

- 1) Definir e caracterizar o tema de saúde a abordar;
- 2) Selecionar o segmento da população alvo a quem vamos aplicar a intervenção;
- 3) Conhecer o público-alvo (necessidades, características demográficas, motivações, interesses);
- 4) Pesquisar as estratégias que funcionam e selecionar as mais adequadas ao público-alvo;
- 5) Estabelecer objetivos relativamente à intervenção (o que transmitir, qual o alcance pretendido);
- 6) Adotar, adaptar ou desenvolver campanhas de informação em saúde baseadas na evidência, para dar suporte a programas, serviços e políticas de saúde;
- 7) Utilizar fontes bibliográficas credíveis;
- 8) Observar campanhas para outras audiências e aprender com os exemplos;
- 9) Criar mensagens efetivas e desenvolver estratégias de *social media*;
- 10) Avaliar os impactos das campanhas e intervenções (Community Preventive Services Task Force, 2014, 2018).

A promoção de alterações comportamentais, dos estilos de vida saudável e do bem-estar biopsicossocial estão entre as maiores tendências de *marketing* da saúde. Deste modo, criando uma ferramenta para profissionais de saúde e pacientes, que elucide sobre as particularidades do sono da mulher em cada fase de vida e medidas para melhorar a sua qualidade/prevenir as perturbações de sono inerentes, poderá ser facilmente distribuído ao nível dos cuidados de saúde primários (e até redes sociais), promovendo a educação em saúde/capacitação/mudança de comportamento, de que resulte um valor ainda maior: melhor literacia em saúde e melhor qualidade de vida para as mulheres.

## Objetivos

- 1) Criar uma ferramenta adaptada às pacientes do sexo feminino (mulher grávida, mulher ativa em idade fértil e mulher peri e pós-menopausa), fornecida pelos profissionais de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários, onde esteja presente informação sobre:
  - a) Principais características do sono nas diferentes fases do ciclo de vida da mulher;
  - b) Perturbações do sono mais frequentes em cada fase do ciclo de vida da mulher com respetivos sintomas chave;
  - c) Estratégias individuais, familiares, sociais e ambientais para melhorar a qualidade do sono e ultrapassar as dificuldades potencialmente sentidas.

- 2) Alertar os profissionais de saúde e pacientes para a importância do sono nas diferentes fases do ciclo de vida da mulher;
- 3) Melhorar a literacia em saúde sobre o sono da mulher.

## **Plano de ação**

### *Tema*

Ferramenta educativa, em forma de quadro, sobre o sono e perturbações do sono da mulher nas diferentes fases do ciclo de vida, dirigida às pacientes, explicada e fornecida pelos profissionais de saúde durante a consulta (médica, de enfermagem, de psicologia, outras).

### *Público-alvo*

- Mulheres;
- Faixa etária global entre os 15 e 65 anos;
- Etnia: qualquer uma;
- Em diferentes fases do ciclo de vida:
  - Grávidas (15-45 anos),
  - Idade fértil ativas (18-45 anos),
  - Peri e pós-menopausa (45-65 anos);
- Classe social: média/média-baixa (a que mais recorre aos cuidados de saúde primários);
- Escolaridade: qualquer nível;
- Estrutura familiar: solteiras, casadas/união de facto, divorciadas/separadas ou viúvas; com filhos e sem filhos dependentes.

### *Estratégia comunicacional*

Aplicação do modelo ecológico social de literacia em saúde e da técnica ACP.

### *Protótipo da ferramenta*

*Objetivo nº 1: O que é o sono? Particularidades do sono na mulher e ao longo do ciclo de vida.*

---

O sono é um fenómeno essencial à vida humana, tal como a alimentação. Durante o sono, o nosso corpo restabelece-se e conserva energia, consolidamos aprendizagens e memórias.

O ser humano saudável deve demorar, em média, cinco a dez minutos a adormecer e deve dormir entre sete a dez horas por dia. Mesmo assim, cada pessoa tem necessidades próprias em relação ao sono.

Sabe-se que as mulheres dormem em média menos vinte minutos a uma hora do que os homens e apresentam um sono mais fragmentado e menos repousante.

---

---

*É habitual as mulheres terem dificuldades com o sono, especialmente em determinados períodos da sua vida:*

---

<b>Mulher grávida</b>	<b>Mulher em idade fértil</b>	<b>Mulher na menopausa</b>
As hormonas e tamanho da barriga dificultam o sono no final da gravidez. É habitual surgir insónia, síndrome da apneia obstrutiva do sono e síndrome das pernas inquietas.	A sensação de insónia ou mais sonolência podem surgir na semana antes da menstruação, também por motivos hormonais.  Mulheres ativas com filhos pequenos podem sentir-se mais cansadas ao acordar, ter dificuldade a adormecer ou acordar durante a noite. Sempre que estes sintomas apareçam, devem falar com o seu médico assistente	Devido à diminuição de hormonas femininas nesta altura da vida, aparecem muitas vezes afrontamentos («calores») e suores noturnos. Torna-se também mais frequente a necessidade de acordar durante a noite para urinar, pois a bexiga fica menos competente. Assim, o sono é fragmentado. Além disso, é uma época em que a insónia e a síndrome das pernas inquietas são mais frequentes. A maior flacidez dos músculos do pescoço, mais gordura abdominal ou ganho de peso contribuem para a síndrome de apneia obstrutiva do sono, que também prejudica a qualidade do sono.

---

*Objetivo n.º 2: Quais são as perturbações do sono mais frequentes em cada fase do ciclo de vida da mulher?*

---

Principais doenças do sono:

---

**Insónia** – pode ser de três tipos: **insónia inicial** = dificuldade em adormecer (demorar mais de dez minutos); **insónia intermédia** = acordar a meio da noite sem motivo aparente, com dificuldade em adormecer logo de seguida; **insónia terminal** = acordar mais cedo do que seria esperado e não conseguir adormecer mais.

Está muitas vezes associada a estados de ansiedade/stress, preocupações, depressão, consumo de bebidas estimulantes (café, chá preto ou verde, chocolate), refeições pesadas, outras doenças.

É mais frequente na mulher mais velha, após a menopausa, mas também pode acontecer na grávida e na mulher ativa com filhos (especialmente se há muito stress ou depressão).

**Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono** – Paragens de respiração durante o sono sem que a pessoa se aperceba; o sono perde qualidade e acorda cansada, com dor de cabeça, tem muito sono ou irritabilidade durante o dia, menor concentração ou sintomas de depressão. É frequente nas mulheres com excesso de peso, que ressonem, mais velhas (na peri ou pós-menopausa) ou grávidas (devido à compressão da barriga sobre os pulmões e vias respiratórias). Quando esta doença está presente, aumenta o risco de doenças cardiovasculares (hipertensão, enfarte, AVC).

**Síndrome das Pernas Inquietas** – Necessidade irresistível de mexer as pernas, acompanhada de desconforto. Mais frequente no final do dia, quando se está em repouso, aliviando com o movimento e a caminhada. Geralmente estes sintomas vão evoluindo gradualmente ao longo dos anos e há uma tendência hereditária. Não se conhece completamente a causa, mas parece estar associado a deficiências nas reservas de ferro e dopamina (neurotransmissor cerebral). É muito frequente nas mulheres mais velhas, na peri e pós-menopausa, assim como nas grávidas (passando após o parto).

---

*Objetivo nº 3: Que estratégias biopsicossociais utilizar (individuais, familiares, organizacionais, sociais) para melhorar a qualidade do sono da mulher?* (Bruyneel, 2015; Frange et al., 2017; Lee, Gay, & Alsten, 2016)

Existem algumas estratégias que podem ser usadas para melhorar a qualidade do sono da mulher, que dizem respeito a cada uma, individualmente, mas que também devem envolver a sua família, amigos e comunidade. Algumas sugestões:

Nível	Fase de vida	Estratégia
Bio Psico		
Individual	Todas as mulheres	<p>Siga os dez mandamentos do sono (Anexo 1).</p> <p>Apanhe luz solar durante o dia (especialmente durante a manhã) para ajudar o relógio biológico a funcionar corretamente.</p> <p>Utilize técnicas de relaxamento: respiração, mindfulness, mensagem, esteja em contacto com a natureza.</p> <p>Faça um diário de sono, registrando as noites em que dorme mal, o que acha que motivou e o que fez para melhorar. Depois, mostre ao seu médico e discutam estratégias.</p> <p>Fique atenta aos sintomas das principais doenças do sono – se manifestar alguns, discuta com o seu médico o tratamento mais indicado.</p>
	Grávidas e pós-parto	Aproveite os momentos em que o seu bebé dorme para dormir também.
	Ativas/Idade fértil	<p>Fique atenta a sintomas de depressão (tristeza, desmotivação, cansaço extremo, desinteresse, irritabilidade, falta de libido, incapacidade de cuidar dos filhos). Fale com o seu médico se for o caso.</p> <p>Se as alterações do sono têm relação com o ciclo menstrual, discuta com o seu médico a possibilidade de tratamento hormonal.</p>
	Peri e pós-menopausa	<p>Evite sestas durante o dia, pois vai tirar-lhe o sono à noite.</p> <p>Mantenha-se fresca durante a noite, com roupas finas e de algodão, num ambiente pouco aquecido – assim reage melhor aos afrontamentos.</p> <p>Se os afrontamentos perturbam bastante o seu sono, discuta com o seu médico a possibilidade de tratamento hormonal.</p>
Social		
Familiar	Todas	<p>Partilhe as suas queixas e problemas com a família, assim eles saberão que não está na melhor forma e poderão ajudar.</p> <p>Estabeleça regras iguais para todos os membros da família sobre o horário de sono e o uso de ecrãs (televisão, telemóvel, computador, tablet).</p> <p>Faça um plano de tarefas semanal – assim todos os membros da família dividem tarefas domésticas e não a sobrecarregam.</p> <p>Façam atividades juntos, especialmente ao ar livre, apanhando luz solar.</p> <p>Partilhe momentos com os seus amigos – o convívio alimenta o bom humor, produzindo neurotransmissores a nível cerebral que melhoram o sono.</p>

Nível	Fase de vida	Estratégia
Social		
Organizacional	Todas	Aperceba-se se o seu sono piorou após uma mudança no horário de trabalho – trabalhar por turnos desregula o nosso relógio biológico e mais facilmente causa perturbações do sono. Sensibilize a entidade patronal para os seus problemas de sono e tente adaptar o horário de trabalho, se possível.  Sinta-se à vontade para falar sobre o seu sono com o seu médico ou enfermeiro de família – não desvalorize! Dormir bem é tão importante como comer bem!
Comunitário	Todas	Tire partido dos recursos desportivos, lúdicos e espaços verdes que existam na sua comunidade – todos eles permitem atividades que beneficiam o seu sono!

### *Outras estratégias*

Nos locais onde se implementar esta ferramenta deve-se sensibilizar a equipa dos cuidados primários para espontaneamente abordar o tema do sono na população-alvo, fornecendo e explicando a mesma. Os elementos que ficarem responsáveis por distribuir a ferramenta deverão ser alvo de uma ação de formação sobre o tema.

### **Análise crítica**

Com a criação desta ferramenta de educação para a saúde pretende-se, por um lado, melhorar a sensibilização das mulheres para a importância do sono e suas perturbações, fornecendo ainda estratégias para lidarem com as mesmas, mas por outro lado pretende-se também alertar os profissionais de saúde. Apesar de não se tratar de um instrumento usado pelos profissionais diretamente, o facto de serem eles a fornecer e a explicar às mulheres o conteúdo do mesmo acaba por sensibilizar para esta problemática tão prevalente nos cuidados de saúde primários.

Apesar de não existir muita literatura que demonstre a eficácia direta das técnicas de relaxamento ou de terapias cognitivo-comportamentais nas perturbações do sono, a verdade é que pelo menos elas melhoram o bem-estar geral da mulher, o que indiretamente pode beneficiar o sono.

Melhorando o conhecimento sobre a existência de perturbações do sono, que afetam de diferentes formas a mulher e o homem, sobre os principais sintomas e sinais consegue-se minimizar o subdiagnóstico, pois cria nas pacientes a capacidade de compreenderem o que se passa consigo e procurarem ajuda especializada. Contudo, deve-se evitar cair no extremo oposto do alarmismo, tornando os indivíduos excessivamente preocupados, ponderando a existência de doença onde apenas se trata de característica e exagerando na procura dos cuidados de saúde. Esta situação poderá indicar que mais educação em saúde não se refletiu propriamente em literacia em saúde, pois a informação transmitida

não foi suficientemente trabalhada em cada indivíduo ou esclarecida. É importante, enquanto profissionais de saúde, estarmos alerta para esta situação e ensinar aos pacientes a importância do espírito crítico e da autoeficiência. Dessa forma, com a informação adequada serão capazes de aplicar à sua situação específica, refletir sobre ela e atuar – a maior parte das vezes de forma autónoma, sem necessidade de ajuda profissional. Ao fim e ao cabo, o objetivo de melhorar a literacia em saúde da população nos seus vários domínios (que são muitos) é capacitar o cidadão para cuidar melhor de si, dos seus e da sua comunidade, utilizando com parcimónia e coerência os serviços de saúde. Deste modo, o trabalho dos profissionais de saúde na comunidade é fundamental, pois só dessa forma se conseguirão inculcar os comportamentos mais adequados em saúde, de forma a promovê-la, detetar precocemente situações de verdadeira doença e tratar adequadamente e com boa adesão, quando é esse o caso.

Este trabalho aplica-se a uma mínima área da saúde – o sono da mulher – mas que, a par com a alimentação e a atividade física, poderá fazer a diferença na promoção de saúde e prevenção da doença da população. A investigação sobre o sono é recente, mas já demonstrou associação de patologias tão vulgares como a insónia ou a SAOS com várias morbilidades que afetam gravemente a qualidade de vida da espécie humana.

Promover a boa qualidade do sono, especificamente numa mulher, poderá ser um instrumento poderoso na modificação de hábitos de sono na sua descendência e na sua família no geral. Desse modo, a influência positiva da literacia em saúde propaga-se e multiplica-se.

## **Desenvolvimentos futuros**

Propõe-se a aplicação destas ferramentas num contexto de cuidados de saúde primários e posterior avaliação do seu impacto. Para tal, poder-se-ão aplicar questionários de qualidade do sono nas mulheres participantes, antes e após a partilha destas ferramentas, para averiguar se há ganhos na qualidade do sono.

Outras hipóteses serão a divulgação/adaptação da ferramenta nas redes sociais, assim como em eventos na comunidade, com ações formativas dirigidas aos grupos específicos.

## **Referências**

- Attarian, H. P., & Viola-Saltzman, M. (2013). *Sleep disorders in women: A guide to practical management*. New York: Springer Science. doi: 10.1007/978-1-62703-324-4
- Ávila, P., Espanha, R., & Mendes, R. M. (2016). *Inquérito à literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; CIES-IUL.

- Belim, C., & Almeida, C. V. (2018). Communication competences are the key! A model of communication for the health professional to optimize the health literacy – Assertiveness, clear language and positivity. *Journal of Healthcare Communications*, 3, 31. doi: 10.4172/2472-1654.100141
- Bruyneel, M. (2015). Sleep disturbances in menopausal women: Aetiology and practical aspects. *Maturitas*, 81(3), 406-409. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.04.017
- Campos, H. H., Bittencourt, L. R., Haidar, M. A., Tufik, S., & Baracat, E. C. (2005). Prevalência de distúrbios do sono na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(12), 731-736. doi: 10.1590/S0100-72032005001200005
- Community Preventive Services Task Force. (2014). *Health communication and social marketing: Evidence-based interventions for your community*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from [https://stacks.cdc.gov/view/cdc/25836/cdc\\_25836\\_DS1.pdf](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/25836/cdc_25836_DS1.pdf)
- Community Preventive Services Task Force. (2018). *Health communication and health information technology*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/What-Works-Health-Communication-Health-Information-Technology.pdf>
- Frange, C., Banzoli, C. V., Colombo, A. E., Siegler, M., Coelho, G., Bezerra, A. G., . . . Hachul, H. (2017). Women's sleep disorders: Integrative care. *Sleep Science*, 10(4), 174-180. doi: 10.5935/1984-0063.20170030
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Gross, S. A., & Pien, G. W. (2015). Poor sleep in relation to natural menopause: A population-based 14-year follow-up of midlife women. *Menopause*, 22(7), 719-726. doi: 10.1097/GME.0000000000000392
- Grandner, M. A., Jackson, N. J., Izci-Balserak, B., Gallagher, R. A., Murray-Bachmann, R., Williams, N. J., . . . Jean-Louis, G. (2015). Social and behavioral determinants of perceived insufficient sleep. *Frontiers in Neurology*, 6, 112. doi: 10.3389/fneur.2015.00112
- Lee, K. A., Gay, C. L., & Alsten, C. R. (2016). Sleep enhancement training for pregnant women. *Obstetrics and Gynecology*, 128(5), 964-971. doi: 10.1097/AOG.00000000000001654
- Liu, T. Z., Xu, C., Rota, M., Cai, H., Zhang, C., Shi, M. J., et al. . . . Sun, X. (2017). Sleep duration and risk of all-cause mortality: A flexible, non-linear, meta-regression of 40 prospective cohort studies. *Sleep Medicine Reviews*, 32, 28-36. doi: 10.1016/j.smrv.2016.02.005
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377. doi: 10.1177/109019818801500401
- National Sleep Foundation. (2018). *Women and sleep*. Washington, DC: Author. Retrieved from [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org)
- Nugent, C. N., & Black, L. I. (2016). Sleep duration, quality of sleep, and use of sleep medication, by sex and family type, 2013-2014. *NCHS Data Brief*, (230), 1-8. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db230.pdf>
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349

- Ölmez, S., Keten, H. S., Kardaş, S., Avcı, F., Dalgacı, A. F., Serin, S., . . . Kardaş, F. (2015). Factors affecting general sleep pattern and quality of sleep in pregnant women. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*, *12*(1), 1-5. doi: 10.4274/tjod.22120
- Rodrigues, M., Nina, S., & Matos, L. (2014). Como dormimos? Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *30*(1), 16-22. doi: 10.32385/rpmgf.v30i1.11239
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Tao, M. F., Sun, D. M., Shao, H. F., Li, C. B., & Teng, Y. C. (2016). Poor sleep in middle-aged women is not associated with menopause per se. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *49*(1), e4718. doi: 10.1590/1414-431X20154718
- Van de Straat, V., & Bracke, P. (2015). How well does Europe sleep? A cross-national study of sleep problems in European older adults. *International Journal of Public Health*, *60*(6), 643-650. doi: 10.1007/s00038-015-0682-y
- Vézina-Im, L. A., Moreno, J. P., Thompson, D., Nicklas, T. A., & Baranowski, T. (2017). Individual, social and environmental determinants of sleep among women: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *7*(6), e016592. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016592

### Como citar?

Barroca, M. (2018). Estratégias para melhorar a literacia sobre o sono da mulher. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 65-77). Lisboa: Edições ISPA.

## **Anexo**

### *Os 10 mandamentos para dormir melhor*

---

- 1) Tenha um horário regular de deitar e acordar.
- 2) No caso de dormir a sesta, esta deve ocorrer antes do meio da tarde e não exceder os 45 minutos.
- 3) Evite fumar, ingerir bebidas alcoólicas ou cafeína (café, chás, refrigerantes e chocolate), sobretudo nas quatro horas antes de começar a dormir.
- 4) Evite refeições pesadas, com muitas gorduras, açúcar ou picantes, quatro horas antes de dormir, optando por uma refeição ligeira.
- 5) Pratique atividade física regular. Atenção! Deve evitá-la nas horas próximas do início do sono.
- 6) Utilize uma cama e colchão confortáveis.
- 7) A temperatura no quarto deve ser adequada e estável durante a noite.
- 8) O ambiente deve ser silencioso e com a menor luminosidade possível, desligando a televisão, relógios e telemóveis.
- 9) Atividades intelectuais ou de entretenimento, como trabalhar no computador, ver televisão ou usar o telemóvel ou *tablet* devem ser feitas noutra local, fora da cama.
- 10) Se acordar a meio da noite e não conseguir voltar a dormir na meia hora seguinte, levante-se e faça uma atividade relaxante, tal como ouvir música, ler um livro, costurar. Depois volte para a cama e tente adormecer.

---

Adaptado das Recomendações da Associação Mundial de Medicina do Sono (WASM)



