

LITERACIA EM SAÚDE - ESTUDO OBSERVACIONAL NUMA UNIDADE INTEGRADA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

HEALTH LITERACY - OBSERVACIONAL STUDY IN AN INTEGRATED HEART FAILURE UNIT

Mafalda Corrêa Figueira¹, Crisálida Ferreira², Ana Rita Sousa³, Joana Simões⁴, Margarida Lopes Madeira¹, Hugo de Barros Viegas⁵, Sara Gonçalves⁶, Ermelinda Pedroso⁷

1 – Especialista em Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Setúbal

2 – Enfermeira, Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca, Centro Hospitalar de Setúbal

3 – Mestre e especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca, Centro Hospitalar de Setúbal

4 – Interna de formação específica em Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Setúbal

5 – Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna e Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca, Centro Hospitalar de Setúbal

6 – Assistente Hospitalar Graduada de Cardiologia, Serviço de Cardiologia e Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca, Centro Hospitalar de Setúbal

7 – Assistente Hospitalar Graduada Sênior, Diretora de Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Setúbal

AUTOR CORRESPONDENTE:

Mafalda Corrêa Figueira | Rua Camilo Castelo Branco 175, 2919- 549 | mafaldafigueira@me.com

<https://doi.org/10.58043/rphrc.105>

Resumo

Introdução: A literacia em saúde, melhor descrita atualmente através do modelo conceitual integrado de Sorensen, é um tema central das políticas de saúde atuais pelo seu impacto nos resultados e nos custos deste setor. Níveis baixos de literacia em saúde influenciam a abordagem de doenças crónicas e interferem na sua prevenção, contribuindo para uma maior prevalência de fatores de risco cardiovascular.

Material e métodos: Estudo observacional, que visa caracterizar uma população de doentes seguidos numa unidade integrada de insuficiência cardíaca quanto ao nível de literacia em saúde através da aplicação do questionário Europeu de literacia em saúde. Os dados sociodemográficos, económicos e geográficos foram colhidos através da consulta de processo clínico, consulta telefónica e da aplicação da escala de suporte social de Oslo. O processamento de dados foi feito utilizando o Microsoft Office Excel.

Resultados: Grupo de 48 doentes, com uma média de idades de 65,5 anos e no qual 69% eram do género masculino. Dois terços da amostra tinham índices de literacia problemáticos ou inadequados. Constatou-se uma maior prevalência de níveis baixos de literacia em saúde nos grupos com menor suporte social, cujo rendimento mensal era inferior ao salário mínimo nacional, que residiam a maiores distâncias do hospital e que tinham menor número de consultas.

Discussão e Conclusão: Os resultados foram ao encontro do que se encontra descrito na literatura, à exceção da relação entre melhores níveis de literacia em saúde e uma maior utilização dos serviços de saúde, o que poderá refletir a educação para a saúde realizada na Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca e que corrobora a importância dos Serviços e dos profissionais no aumento da literacia em saúde da população que serve.

Abstract

Introduction: Health literacy, nowadays best described through Sorensen's integrated conceptual model, is a priority in current health policies due to its impact on health outcomes and costs. Low health literacy levels influence chronic disease management and prevention, contributing for a higher prevalence of cardiovascular risk factors.

Methods: This is an observational study characterizing health literacy in patients followed in a heart failure unit, through the application of the European Health literacy survey questionnaire. Demographic, social, economic and geographic data were collected through informatic clinical process consultation, telephonic interview and application of the Oslo Social Support Scale. Data processing was done using Microsoft Office Excel®.

Results: In a group of 48 patients with an average age of 65,5 years, 69% were male. Two thirds of this sample had inadequate or problematic levels of health literacy. There was a higher prevalence of low levels of HL in subgroups with less social support, lower average income, that lived at a longer distance from the hospital and which attended less consultations at the heart failure unit.

Discussion and conclusion: These results met those already described in literature except for the relation between better levels of HL and higher number of consultations. This last finding may reflect the health education done by members of the integrated heart failure unit, supporting the role of health services and health professionals in improving health literacy levels of their patients.

Palavras-Chave:

Literacia em saúde;
Determinantes sociais da saúde;
Apoio social;
Fatores de risco cardiovascular;
Insuficiência cardíaca

Keywords:

Health literacy;
Social determinants of health;
Social Support;
Cardiovascular risk factors;
Heart failure



Introdução

O impacto de níveis baixos de literacia em saúde (LS) e a sua relação com piores resultados nesta área estão bem documentados na literatura e são um tema central e atual das políticas de saúde tanto a nível Nacional como Mundial.^(1,2)

Apesar de ser um conceito existente desde os anos 70 e de ter vindo a evoluir desde então, é descrito atualmente através do modelo conceitual integrado de Sorensen. Este modelo engloba os três domínios da saúde aliados a quatro competências centrais, tendo em conta os determinantes sociais da saúde e fatores intrínsecos ao indivíduo, definindo a literacia em saúde como a capacidade para tomar decisões fundamentadas na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade e no trabalho. A relação entre as competências centrais, que são os processos chave que refletem o acesso, a compreensão, a avaliação e a aplicação da informação, com os três domínios existentes, que são os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde, resulta numa matriz de 12 dimensões da literacia em saúde.⁽³⁾ (Fig. 1)

O questionário Europeu de literacia em saúde (HLS – EU – Q, *Health Literacy Survey – Europe – Questionnaire*), é uma ferramenta composta por 47 questões que, por auto-percepção, permite medir o nível de literacia em saúde.^(4,5) A aplicação deste questionário em Portugal, com vista à sua validação para a população portuguesa, revelou que cerca de 61% da população apresentava níveis de literacia problemáticos ou inadequados.⁽⁶⁾

Níveis baixos de literacia em saúde relacionam-se com piores resultados em saúde e têm implicações a nível da utilização dos serviços e dos custos a estes associados, existindo evidência de que os doentes com menor grau de literacia em saúde utilizam mais os serviços de urgência, são menos complacentes com a toma de medicação e têm mais hospitalizações.⁽⁷⁾ Para além disto, sobretudo quando associados a determinantes sociais que assim o propiciam, promovem desigualdades na saúde com consequências deletérias do ponto de vista individual e da sociedade.⁽⁸⁾ Nos determinantes sociais da saúde, que podem ser definidos como as estruturas sociais e sistemas económicos que são responsáveis pela maioria das desigualdades na saúde, incluem-se fatores como o local de residência, a educação, o rendimento, a

FIGURA 1 – Matriz traduzida do HLS-EU-PT, adaptado de Pedro A. et al, 2016.

Literacia em Saúde	Acesso à informação relevante na saúde	Compreensão da informação relevante na saúde	Avaliação da informação relevante na saúde	Aplicação da informação relevante na saúde
Cuidados de saúde	Capacidade de acesso à informação acerca de assuntos médicos	Capacidade de compreender a informação relacionada com assuntos médicos o seu significado	Capacidade de interpretar a informação relacionada com assuntos médicos	Capacidade aplicar a informação na tomada de decisões médicas
Prevenção da doença	Capacidade de acesso a informação acerca de fatores de risco na saúde	Capacidade de compreender informação acerca de fatores de risco e o que significa	Capacidade de interpretar a informação acerca de fatores de risco	Capacidade de avaliar a importância da informação acerca de fatores de risco
Promoção da saúde	Capacidade de se manter informado acerca de questões relacionadas com a saúde e com os seus determinantes	Capacidade de compreender a informação relacionada com os determinantes da saúde	Capacidade de interpretar a informação acerca dos determinantes da saúde	Capacidade de tomar decisões informadas relacionadas com os determinantes da saúde

situação face ao emprego, o suporte social e a cultura.⁽⁹⁾ Existe uma forte associação destes determinantes com os níveis de literacia em saúde de uma população, não só pela influência direta dos determinantes sociais no nível de literacia mas também por esta poder tornar-se numa ferramenta para reduzir o impacto das desigualdades sociais neste setor.⁽¹⁰⁾

A doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade em Portugal, através da doença cardíaca isquémica e do acidente vascular cerebral,⁽¹¹⁾ sendo os fatores de risco associados a estas doenças, quer biológicos quer de estilo de vida, altamente prevalentes na população portuguesa.⁽¹²⁾ A hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a dislipidémia, a obesidade e o tabagismo são os fatores de risco mais relevantes para o surgimento de doença cardiovascular e os que mais contribuem para o aparecimento da síndrome de insuficiência cardíaca, condição crónica com uma prevalência crescente em Portugal e com um importante impacto económico. Sabe-se ainda que a dificuldade no reconhecimento dos sintomas ou o entendimento da gravidade da doença leva a um atraso na procura de aconselhamento e, consequentemente, de tratamento.⁽¹³⁾

A abordagem da insuficiência cardíaca é diária, faz-se num contínuo entre o ambulatório e o hospital e necessita da integração do doente como parte responsável no seu tratamento, constituindo-se assim a literacia em saúde um ponto chave para a otimização dos cuidados relacionados com esta síndrome.⁽¹⁴⁾ O presente estudo tem como objetivo principal caracterizar a população seguida numa unidade integrada de insuficiência cardíaca quanto ao grau de literacia em saúde no domínio da prevenção da doença. Como objetivos secundários, os autores pretenderam caracterizar esta mesma população quanto à prevalência de fatores de risco cardiovasculares e identificar variáveis, quer sociais, quer económicas ou geográficas que possam ser influenciadoras da literacia em saúde.

Material e Métodos

Estudo observacional, descritivo e de abordagem quantitativa, aprovado pela Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado e que se baseou na aplicação do Questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU-PT) – domínio da prevenção da doença – (Tabela 1)

e da escala de suporte social de Oslo.⁽¹⁵⁾ (Tabela 2)

A população estudada é composta por doentes consecutivos, seguidos na consulta multidisciplinar de insuficiência cardíaca de uma Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca (UNIICA) de um hospital distrital, que aceitaram participar no estudo, entre Janeiro e Março de 2021. Os critérios de exclusão foram a ausência de residência fixa em Portugal ou de Língua Portuguesa como língua materna. Os investigadores responsáveis pela aplicação dos questionários acompanharam o processo e forneceram explicações acerca das questões por forma a facilitar a compreensão das mesmas e a evitar erros no método de preenchimento.

O questionário HLS-EU-PT é realizado por auto-percepção e é composto por 47 questões, divididas pelos três domínios da literacia em saúde: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. Em cada domínio são aferidos os quatro níveis de processamento da informação: acesso, compreensão, apreciação e aplicação. A cada questão correspondem 5 possibilidades de resposta (1 – muito fácil, 2 – fácil, 3 – difícil; 4 – Muito difícil; 5 – Não sabe / Não responde) que são depois somadas e padronizadas numa métrica de 0 a 50, podendo equivaler a 4 níveis distintos de literacia em saúde (“inadequada”: 0 a 25 pontos; “problemática”: 25 a 33 pontos; “suficiente”: 33-42 pontos; “excelente”: 42 a 50 pontos). Neste estudo, foram aplicadas as 16 questões correspondentes ao domínio da prevenção da doença sendo necessário um mínimo de 14 respostas para que fosse fiável o cálculo dos índices de literacia.

O questionário OSS-3 é também realizado através da auto-percepção e é composto por 3 questões de escolha múltipla a que correspondem 4 (pergunta 1) ou 5 (perguntas 2 e 3) hipóteses. Estas respostas relacionam-se de forma crescente com o grau de suporte social de um indivíduo e classificam-no como fraco, moderado ou forte, consoante a soma das respostas resulta em 3 a 8 pontos, 9 a 11 pontos ou 12 a 14 pontos, respetivamente. O cálculo da distância entre a residência do utente e o hospital, em quilómetros, e do tempo necessário para a percorrer, em minutos, foi feito recorrendo ao Google®Maps e selecionando a opção da trajetória com carro, sem trânsito.

Os dados relativos à presença de fatores de risco cardiovasculares assim como os dados relativos ao



TABELA 1 – Questões do domínio da prevenção da doença do HLS-EU-PT. Adaptado do Questionário Europeu de Literacia para a saúde – Domínio da prevenção da doença. Saboga-Nunes et al (2014)

HLS-EU-PT DOMÍNIO DA PREVENÇÃO DA DOENÇA
Numa escala de 1 – Muito fácil; 2 – Fácil; 3 – Difícil; 4 – Muito difícil; 5 – Não sabe responder. Quão fácil diria que é:
Q17 “...encontrar informações para lidar com comportamentos que afetam a sua saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?”
Q18 “... encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão?”
Q19 “... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer?” (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)
Q20 “... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições, tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto?”
Q21 “... compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?”
Q22 “... compreender porque precisa de vacinas?”
Q23 “... compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)”
Q24 “... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, em aspetos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?”
Q25 “... avaliar quando precisa de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?”
Q26 “... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?”
Q27 “... avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)”
Q28 “... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)”
Q29 “... decidir se deve fazer a vacina contra a gripe?”
Q30 “... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?”
Q31 “... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação)”
Q32 “... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?”

TABELA 2 – Tradução da escala de suporte social de Oslo, adaptado de Kocalavent et al, 2018.

Quantas pessoas são tão próximas de si que pode contar com elas caso tenha grandes problemas pessoais?	Nenhuma
	1 a 2
	3 a 5
	Mais de 5
Quanto interesse e preocupação é que as pessoas mostram naquilo que faz?	Nenhum
	Pouco
	Incerto
	Algum
Quão fácil para si é obter ajuda prática da sua vizinhança sem caso de necessidade?	Muito
	Muito difícil
	Difícil
	Possível
	Fácil
	Muito fácil

número de consultas realizadas entre Janeiro de 2020 e Março de 2021, foram colhidos através de consulta do processo clínico informático.

Os dados sociodemográficos, económicos e geográficos foram colhidos através de uma consulta telefónica única. O processamento de dados foi realizado recorrendo ao Microsoft Office Excel®.

Resultados

Foram inquiridos 52 doentes dos quais 4 foram excluídos, 2 por ausência de respostas mínimas necessárias ao cálculo dos índices de literacia e 2 por desistência aquando da consulta telefónica. Trata-se então de um grupo de 48 doentes com idades compreendidas entre os 38 e os 92 anos, uma média de idades de 65,5 anos e em que 69% (n = 33) era do género masculino.

Quanto ao grau de literacia da amostra, constatou-se que em 19% (n = 9) esta era inadequada, em 48% (n = 23) era problemática, em 29% (n = 14) era suficiente e em 4% (n = 2) era excelente.

No que diz respeito às habilitações literárias, quase metade da amostra não tinha frequentado qualquer tipo de ensino ou tinha completado apenas o atual primeiro ciclo do ensino básico (48%, n = 23), 19% dos doentes (n = 9) frequentou o atual 3º ciclo do ensino básico, 21% (n = 10) frequentou o ensino secundário e apenas 13% (n = 6) frequentou o ensino superior. Quanto à prevalência de

níveis de literacia em saúde problemáticos ou inadequados nestes grupos, verificou-se que esta foi de 82% no grupo sem habilitações literárias ou com habilitações literárias até ao primeiro ciclo do ensino básico, de 56% no grupo com o 3º ciclo do ensino básico, de 50% no grupo que frequentou o ensino secundário e de 67% no grupo que frequentou o ensino superior.

Do ponto de vista do rendimento mensal da população estudada, em 10 doentes não foi possível obter esta informação porque estes não sabiam responder. Dos 38 respondedores, 61% (n = 23) tinha rendimento superior ao ordenado mínimo nacional (665€) e 39% (n = 15) tinha rendimento inferior ao ordenado mínimo nacional. Quando avaliados os diferentes níveis de literacia em saúde nestes dois grupos, constatou-se que a proporção de doentes com literacia em saúde inadequada ou problemática era de 57% (n = 13) no grupo com rendimento mensal superior ao ordenado mínimo nacional e de 80% (n = 12) no grupo em que o rendimento mensal era inferior ao ordenado mínimo nacional.

Constatou-se que o suporte social, após a aplicação da escala de suporte social de Oslo, era fraco em 13% (n = 6), moderado em 48% (n = 23) e forte em 40% (n = 19), sendo a prevalência de literacia inadequada ou problemática de 83% (n = 5), 74% (n = 17) e 53% (n = 10), respetivamente.



Todos os doentes residiam em domicílio próprio e cerca de 44% (n= 21) demorava em média menos de 10 minutos a percorrer a distância entre a sua residência e o hospital e 56% (n = 27) demorava em média mais de 10 minutos a percorrer esta distância. Relativamente à relação da distância entre a residência e o hospital e os diferentes graus de literacia identificados, os doentes com grau de literacia em saúde excelente demoravam em média 4 minutos a chegar ao hospital, os doentes com literacia em saúde suficiente demoravam em média 16 minutos, aqueles com literacia em saúde problemática ou inadequada demoravam em média 17 minutos (14 minutos no grupo da literacia problemática e 20 minutos no grupo da literacia inadequada).

Quanto ao número de consultas realizadas na UNIICA no período compreendido entre Janeiro de 2020 e Março de 2021, os dois doentes com maior número de consultas (média de 22,5 consultas) correspondem aos dois casos de literacia em saúde excelente, no grupo em que a literacia em saúde era suficiente a média de consultas foi de 7,2 e no grupo de literacia problemática ou inadequada a média de consultas foi de 5,6.

A prevalência de fatores de risco cardiovasculares na população estudada era elevada, sendo que 39 doentes (81%) eram hipertensos, 25 doentes (52%) eram obesos, 24 doentes (50%) tinham dislipidémia, 18 doentes (38%) tinham diabetes mellitus tipo 2 e 17 doentes (35%) eram fumadores.

Discussão

No que diz respeito à prevalência de níveis de literacia inadequados ou problemáticos na amostra, verificou-se que esta foi de 67% e semelhante à da população portuguesa no geral, segundo o estudo levado a cabo para validação do HLS-EU em Portugal.⁽⁶⁾

No que toca às habilitações literárias da população estudada e à prevalência de níveis baixos de literacia em saúde, verificou-se que níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde não eram menos prevalentes nos grupos com maior habilitação literária. Estes achados estão de acordo com o que se encontra descrito na literatura em que as pessoas com habilitações literárias mais elevadas estão também em risco de ter dificuldades no que toca à compreensão da informação na área da saúde.⁽⁷⁾ No estudo acerca da literacia em saúde

realizado na Suíça, país onde se regista uma prevalência de níveis elevados de habilitações literárias, os níveis de literacia em saúde eram problemáticos ou inadequados numa elevada proporção da população, ficando abaixo da média Europeia.⁽¹⁶⁾

Na população do presente estudo, verificou-se que a proporção de doentes com literacia inadequada ou problemática era superior no grupo cujo rendimento mensal era inferior ao ordenado mínimo nacional (80% versus 57%), esta observação é também concordante com as descrições recentes acerca do impacto de certos determinantes sociais na literacia em saúde. Na comparação dos resultados da implementação do questionário Europeu de saúde (HLS-EU) ficou clara a existência de um gradiente social que acompanha o nível de literacia em saúde, sendo a privação financeira o determinante social que mais fortemente se correlaciona com níveis baixos de literacia em saúde.⁽⁸⁾

Após a aplicação da escala de suporte social de Oslo, a avaliação da prevalência de níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde em cada um dos grupos resultantes mostrou que esta era maior quanto menor era o suporte social. O suporte social enquanto determinante social na saúde não só se relaciona positivamente com os níveis de literacia em saúde, como se relaciona com melhores resultados na saúde.⁽¹⁷⁾ A relação entre a literacia em saúde, os resultados em saúde e o suporte social é complexa. Por um lado, os doentes com maior suporte social reportam níveis de literacia em saúde mais elevados e têm menos admissões hospitalares, por outro lado, está documentado que mesmo não havendo evidência de uma influência direta no nível de literacia em saúde, o suporte social tem um efeito modelador e atenuador das eventuais consequências dos níveis baixos de literacia em saúde.⁽¹⁸⁾

A associação negativa entre os resultados em saúde e a distância da residência dos utentes aos serviços de saúde é conhecida, estando documentada uma maior frequência dos serviços de saúde em utentes que residem a menores distâncias destes locais.⁽¹⁹⁾ Os autores verificaram que mais de metade dos doentes demoravam mais de 10 minutos a chegar ao hospital, de carro e na ausência de trânsito. Quando se verificou quanto tempo demoravam os doentes a chegar ao hospital nos diversos níveis de literacia encontrados, constatou-se que a média de tempo

necessária para chegar ao hospital era superior nos grupos com índices de literacia em saúde mais baixos. Apesar de ser uma observação sujeita a múltiplos vieses os autores consideraram ser uma variável a avaliar e a ter em conta na abordagem destes doentes.

Os resultados quanto à utilização dos serviços de saúde, nomeadamente através da avaliação do número de consultas realizadas no período de tempo selecionado, mostraram que os doentes com maior número de consultas eram os que tinham índices de literacia mais elevados. Apesar destes achados não serem concordantes com a literatura, que denota uma associação entre níveis baixos de literacia e um elevado uso dos serviços de saúde,⁽⁷⁾ os autores consideram este achado relevante e interessante, colocando a hipótese de que o contacto com um serviço de saúde como uma unidade integrada de insuficiência cardíaca tem um impacto positivo na literacia em saúde dos seus doentes. O nível de literacia de uma população será mais elevado se os materiais educacionais e a comunicação em saúde integrarem os princípios da linguagem clara e de fácil compreensão e que melhor se adequem às suas capacidades,⁽²⁰⁾ e os profissionais de saúde devem assim estar habilitados para utilizar métodos de ensino apropriados, reforçar a educação na saúde ao longo do tempo e verificar de forma frequente se a informação é compreendida pelos doentes que acompanham.⁽¹⁴⁾ Estes princípios aqui descritos são parte integrante do funcionamento das unidades integradas e multidisciplinares que se dedicam a doenças crónicas, como é o caso da insuficiência cardíaca e da UNIICA neste caso em concreto. Tanto no contexto da consulta médica como de enfermagem, de psicologia clínica e ainda no âmbito do seguimento telefónico são feitos os ensinamentos acerca da adoção de estilos de vida saudáveis, da prevenção da doença e da sua evolução no caso de doença estabelecida e ainda das particularidades da sua abordagem e tratamento. Os autores acreditam que este contacto frequente com um serviço de saúde centrado no doente teve impacto na melhoria da literacia em saúde e explica os resultados acima expostos, ainda que se trate de uma observação descritiva sem valor estatístico avaliado. A caracterização da população quanto aos fatores de risco cardiovascular foi ao encontro do esperado, não só pela elevada prevalência destas condições na população portuguesa, mas também pelo facto da amostra ser

constituída por doentes seguidos numa unidade de insuficiência cardíaca e a probabilidade de serem afetados por estas condições ser por isso elevada. A literacia em saúde é reconhecida como um fator importante na prevenção, rastreio e tratamento da doença cardiovascular. Níveis baixos de literacia podem constituir um obstáculo à abordagem destas doenças, sobretudo ao uso de estratégias que envolvem a responsabilização do doente em decisões partilhadas para uma maior auto-eficácia, para evitar erros de medicação e para a gestão da polifarmácia.⁽²¹⁾ O papel da educação para a saúde é também um comprometimento por parte dos serviços de saúde e dos profissionais que aqui exercem a sua atividade. Assumindo que a literacia é parte integrante dos cuidados de saúde e que é necessário entender o tipo de população com a qual lidamos na prática clínica, será imprescindível que não só a informação escrita, mas também que a comunicação verbal, sejam ajustadas para que se obtenham melhores resultados.⁽⁷⁾

Conclusão

As limitações do presente estudo, tanto pela amostra reduzida de doentes como pelo facto de se tratar de um centro único, podem não espelhar outras realidades a nível local e nacional. Apesar de tratar de um estudo descritivo, com múltiplas variáveis potencialmente interdependentes, os autores acreditam que se trata de um bom ponto de partida para um estudo analítico e de comparação entre subgrupos específicos e que permita confirmar as hipóteses aqui levantadas. Ainda assim, os resultados obtidos corroboram a necessidade de investimento por parte dos serviços e profissionais de saúde quer na educação para a saúde, quer num melhor conhecimento da população que serve quer na integração da literacia nos cuidados de saúde, contribuindo assim para melhores resultados com menos custos neste setor.

Agradecimentos: Os autores agradecem ao Dr. Luís Saboga-Nunes pela autorização para utilização do HLS-EU-PT e pela disponibilidade no esclarecimento de dúvidas quanto à sua utilização.

Os autores não têm mais informação a adicionar no que diz respeito a prémios, apresentações prévias ou a dados partilhados não apresentados no artigo.



Referências:

1. Plano de ação, literacia em saúde - Portugal 2019-2021. Divisão de literacia, saúde e bem-estar. Direção de Serviços de prevenção da doença e promoção da saúde (DSPDPS), Direção Geral da Saúde;
2. Health 2020: Education and health through the life-course. 2015.
3. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
4. Sørensen K, van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13(1):948.
5. Saboga Nunes LKSJPMCEREP, Sorensen K, Pelikan J, Cunha M, Rodrigues E, Paixão E. Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). *Atencion Primaria*. 2014;46:1-13.
6. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016;34(3):259-75.
7. Kickbush I, Maag D. Health literacy. In: Heggenhougen K, Quah S, editors. *International encyclopedia of public health*. San Diego: Academic Press; 2008. p. 204-11.
8. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
9. Schillinger D. The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities. *Studies in health technology and informatics*. 2020;269:22-41.
10. Mantwill S, Diviani N. Health literacy and health disparities: a global perspective. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sorensen K, editors. *International handbook of health literacy Research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press; 2019. p. 139-52.
11. INE. Portal do Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Mortes por enfarte agudo do miocárdio diminuíram 7,5% - 2019. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2021 Disponível em: <http://www.ine.pt/>
12. Bourbon M, Alves A, Rato Q. Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. Lisboa; 2019.
13. Fonseca C, Brás D, Araújo I, Ceia F. Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2018;37(2):97-104.
14. Peterson PN. Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure. *JAMA*. 2011 Apr 27;305(16):1695.
15. Kocalevent R-D, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, et al. Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology*. 2018;6(1):31.
16. Bieri U et al. Health Literacy 2015 Population Survey. 2016. p. 1-8.
17. Liu Y-B, Hou P, Xue H-P, Mao X-E, Li Y-N. Social Support, Health Literacy, and Health Care Utilization Among Older Adults. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2019;31(4):359-66.
18. Lee S-YD, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*. 2004;58(7):1309-21.
19. Kelly C, Hulme C, Farragher T, Clarke G. Are differences in travel time or distance to healthcare for adults in global north countries associated with an impact on health outcomes? A systematic review. *BMJ Open*. 2016;6(11):e013059.
20. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*. 2010;15(sup2):9-19.
21. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2018;138(2).