

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DO ALGARVE

LITERACIA EM SAÚDE RELACIONADA COM A COVID-
19: o caso de Portugal

Maria Varandas Lopes

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margarida Eiras – Escola Superior de
Tecnologia da Saúde de Lisboa

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2022

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DO ALGARVE

LITERACIA EM SAÚDE RELACIONADA COM A COVID-
19: o caso de Portugal

Maria Varandas Lopes

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margarida Eiras – Escola Superior de
Tecnologia da Saúde de Lisboa

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2022

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível com a colaboração e o apoio de várias pessoas. Deste modo, gostaria de agradecer a todos aqueles que de uma forma, ou de outra, dedicaram o seu tempo e contributo.

À Professora Doutora Margarida Eiras, pela colaboração, disponibilidade, orientação e sugestões ao longo desta caminhada.

À Professora Gilda, pela disponibilidade, e colaboração na análise estatística.

À minha família, principalmente aos meus pais por terem, desde sempre, acreditado em mim e por todos os esforços que fizeram permitindo-me chegar até aqui.

Ao Rafael, agradeço pela paciência ao longo deste percurso, pela compreensão, ajuda, apoio, por ter acreditado, e por fazer de mim uma pessoa melhor.

Por último, aos meus amigos que me acompanham desde sempre, Mariana, Rita, Tiago e Zé, sem a vossa amizade e apoio não teria tido a mesma força de vontade.

Sem vocês teria sido tudo muito mais difícil!

Resumo

Introdução: Verificou-se uma infodemia associada à pandemia pela COVID-19 – excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes idóneas e orientações confiáveis quando se precisa.

A Literacia em Saúde é a capacidade de aceder, compreender, avaliar, e aplicar informações de saúde, tornando-as cruciais para interpretar todas as informações relacionada a COVID-19.

Neste estudo pretende-se avaliar os níveis de Literacia em Saúde dos adultos portugueses, no que diz respeito à COVID-19, e a sua relação com a infodemia.

Metodologia: O estudo é de carácter observacional, transversal e do tipo analítico com uma abordagem quantitativa e a amostra não probabilística é constituída por 105 indivíduos. Divulgou-se um questionário *online* – HLS-COVID-Q22.

Resultados: Na amostra, 100% dos indivíduos apresentou Literacia em Saúde sobre a COVID-19 suficiente, e todas as tarefas abordadas no HLS-COVID-Q22 foram consideradas fáceis ou muito fáceis para a grande parte dos indivíduos (média=3,36).

A maioria dos indivíduos (71,4%) sentiu-se bem informado sobre a COVID-19, e também uma grande parte dos indivíduos (51,4%) não se sentiu quase nada confuso com todas as informações sobre a COVID-19.

Embora o nível de Literacia em Saúde sobre a COVID-19 seja alto, e os resultados deste estudo tenham sido favoráveis no geral, existe ainda uma necessidade da promoção da Literacia em Saúde para a população portuguesa saber viver numa infodemia, identificar desinformação e tomar decisões baseadas em evidencia científica.

Conclusão: Considera-se assim fundamental e urgente a conceção e implementação de uma Estratégia Nacional de Literacia em Saúde durante crises, e da implementação de um sistema de comunicação eficaz e confiável.

Palavras-chave: Literacia em Saúde; COVID-19; infodemia; HLS-COVID-Q22

Abstract

Introduction: There was an infodemic associated with the COVID-19 pandemic – an excess of information, some accurate and some not, which makes it difficult to find reputable sources and reliable guidance when needed.

Health Literacy is the ability to access, understand, assess, and apply health information, making it crucial to interpreting all information about COVID-19.

This study aims to evaluate the levels of Health Literacy of portuguese adults, with regard to COVID-19, and its relationship with the infodemic.

Methodology: The study is observational, cross-sectional and analytical with a quantitative approach and the non-probabilistic sample is composed of 105 individuals. An online questionnaire was launched - HLS-COVID-Q22.

Results: In the sample, 100% of the individuals presented sufficient Health Literacy on COVID-19, and all the tasks addressed in the HLS-COVID-Q22 were considered easy or very easy for most individuals (mean=3.36). Most individuals (71.4%) felt well informed about COVID-19, and also a large part of individuals (51.4%) did not feel confused at all with all the information about COVID-19.

Although the level of Health Literacy on COVID-19 is high, and the results of this investigation have been generally favorable, there is still a need to promote Health Literacy for the portuguese population to know how to live in an infodemic, identify misinformation and make decisions based on scientific evidence.

Conclusion: It is therefore considered essential and urgent to design and implement a National Health Literacy Strategy during crises, and to implement an effective and reliable communication system.

Keywords: health literacy; COVID-19; infodemic; HLS-COVID-Q22

Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo	V
Abstract	VII
Índice de Tabelas	XI
Índice de Figuras	XII
Lista de Abreviaturas	XIII
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico	5
1.1. Promoção da Saúde.....	5
1.2. Literacia em Saúde.....	8
1.2.1. Modelos de Literacia em Saúde	10
1.2.2. Ferramentas de avaliação da Literacia em Saúde.....	11
1.2.3. Literacia em Saúde em Portugal.....	12
1.3. COVID-19.....	14
1.3.1. COVID-19 e a Literacia em Saúde.....	16
1.4. Infodemia na Saúde.....	17
2. Metodologia	21
2.1. Objetivo Geral.....	21
2.2. Objetivos Específicos	21
2.3. Tipo de estudo.....	21
2.4. População e Amostra	22
2.5. Instrumento de recolha de dados.....	22
2.5.1. Validação do instrumento	24
2.6. Recolha de dados.....	24
2.7. Variáveis em Estudo.....	24
2.8. Considerações éticas	24
2.9. Análise de dados	25

3. Resultados.....	27
3.1. Caracterização da amostra.....	27
3.2. Fiabilidade do instrumento de recolha de dados.....	29
3.3. Literacia em Saúde.....	29
3.4. Sentir-se Informado ou Confuso com informações sobre a COVID-19	33
3.6. Análise da Literacia em Saúde, e a Gestão da Infodemia.....	38
4. Discussão	39
Conclusão.....	45
Referências Bibliográficas	47
Apêndices.....	53
Apêndice 1 – Questionário HLS-COVID-Q22 para recolha dos dados	53
Apêndice 2 – Autorização da utilização do HLS-COVID-Q22	57
Apêndice 3 – Análise da LS sobre a COVID-19 e as variáveis sociodemográficas .	58
Apêndice 4 – Análise da Literacia em Saúde, e a gestão da Infodemia.....	64

Índice de Tabelas

Tabela 4.1- Frequências das variáveis sociodemográficas	28
Tabela 4.2. - Coeficiente de Alfa de Cronbach.....	29
Tabela 4.3 - Frequências e pontuações médias para os itens do HLS-COVID-Q22.....	31
Tabela 4.4 - Frequências dos itens "Sentir-se informado" e "Sentir-se confuso" segundo as variáveis sociodemográfica.....	34
Tabela 4.5 - LS sobre a COVID-19 segundo as variáveis sociodemográficas.....	37
Tabela 4.6 - Correlação entre a LS sobre a COVID-19 e o "Sentir-se informado" e "Sentir-se confuso" sobre a COVID-19.....	38
Tabela 8.1 - Teste de normalidade	58
Tabela 8.2 - Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student.....	58
Tabela 8.3 - Teste de normalidade	59
Tabela 8.4 - Teste da homogeneidade de variâncias.....	59
Tabela 8.5 - ANOVA	59
Tabela 8.6 - Teste de normalidade	60
Tabela 8.7 - Teste de Mann Whitney	60
Tabela 8.8 - Teste de normalidade	61
Tabela 8.9 - Teste da homogeneidade de variâncias.....	61
Tabela 8.10 - ANOVA	61
Tabela 8.11 - Teste de normalidade	62
Tabela 8.12 - Teste de Kruskal-Wallis	62
Tabela 8.13 - Teste de normalidade	63
Tabela 8.14 - Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student.....	63
Tabela 8.15 - Teste de normalidade	64
Tabela 8.16 - Teste da correlação de Pearson	64
Tabela 8.17 - Teste de normalidade.....	65
Tabela 8.18 - Teste da correlação de Pearson.....	65

Índice de Figuras

Figura 2.1 - Estratégias da Carta de Ottawa	6
Figura 2.2 - Níveis de LS em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%)	12
Figura 2.3 - Índices de LS em Portugal e na Europa.....	13
Figura 2.4 - Níveis de LS em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%)	13

Lista de Abreviaturas

PS	Promoção da Saúde
SARS	Síndrome respiratória aguda grave
MERS	Síndrome da Doença Respiratória do Médio Oriente
COVID-19	Doença Coronavírus
OMS	Organização Mundial de Saúde
MCS	Meios de Comunicação Social
LS	Literacia em Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
NAAL	The National Assessment of Adult Literacy
HLS-EU	Health Literacy Survey EU
ILS-PT	Inquérito sobre Literacia em Saúde, realizado em Portugal
CIES-Iscte-IUL	Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa
M-POHL	Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy
RT-PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
TC	Tomografias Computorizada
LS-COVID-19	LS relacionada com a COVID-19
RGPD	Regulamento Geral de Proteção de Dados

Introdução

As sociedades mudam e o sistema de saúde vê-se forçado a evoluir de um modelo no qual os profissionais de saúde assumem a tomada de decisão relativamente aos cuidados de saúde, substituindo-se para um modelo mais humanizado, colaborativo e partilhado, no qual é prestada ao cidadão, não só a atenção, mas também a informação necessária para que este possa tomar conscientemente as decisões sobre a sua própria saúde¹. A capacidade de os cidadãos tomarem decisões informadas sobre a sua saúde e sobre a adequada utilização dos serviços de saúde, constitui fator crítico para a Promoção da Saúde (PS) e para uma boa gestão dos percursos nos cuidados de saúde².

Nos últimos anos, desde o desenvolvimento da Carta de Ottawa, o mundo testemunhou uma mudança de paradigma da abordagem da doença, ganhando a PS cada vez mais um lugar de relevo, com o aumento de incidência das doenças crónicas, com o aparecimento de doenças relacionadas com o estilo de vida individual e fatores ambientais, e o aparecimento de doenças do foro psicológico. Estas mudanças juntamente com uma revolução nas tecnologias de comunicação, que constituem uma ferramenta poderosa para aumentar o acesso ao conhecimento e a sistemas de apoio à gestão da saúde, levaram a um aumento nas disparidades sociais sublinhando a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde².

O vasto volume de notícias e informações em torno da Doença Coronavírus (COVID-19) justificam o uso pela Organização Mundial de Saúde (OMS) do termo “infodemia” – “excesso de informações algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes idóneas e orientações confiáveis quando se precisa”³.

A COVID-19 foi descoberta na China em dezembro de 2019, quando um grupo de pacientes deu entrada num hospital da província de Wuahan, e apresentava febre, tosse e dispneia e a 10 de janeiro de 2020 algumas amostras de fluído broncoalveolar foram analisadas e revelaram um patógeno semelhante ao genoma do vírus da Síndrome respiratória aguda grave (SARS) e da Síndrome da Doença Respiratória do Médio Oriente (MERS)⁴. Desde a sua descoberta, a disseminação deste vírus espalhou-se a nível mundial, tendo sido acompanhado também por um vasto conjunto de informações e recomendações relativas a esta doença.

Além dos meios de comunicação social (MSC) tradicionais, como a televisão, os jornais e a rádio, a circulação das notícias pela Internet e nas redes sociais ofereceram às pessoas a possibilidade de serem expostas a informações, mesmo que não as procurem propositadamente. A abundância de informação pode ser considerada um fator

favorável à obtenção de populações melhor informadas, mas em tempos de crises como é o caso da pandemia por COVID-19, a importância desse fator aumenta, e as informações dos MCS transformam-se num elemento-chave para o funcionamento da sociedade⁵.

Torna-se então fundamental existir uma coordenação entre os MCS e as autoridades de saúde pública de forma a garantir que a informação disponível seja útil e efetiva, e possível de ser acedida, compreendida, avaliada e aplicada⁶.

A Literacia em Saúde (LS) traduz-se no conhecimento dos indivíduos, na motivação e competências para aceder, entender, avaliar e aplicar informações de saúde para fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana em relação aos cuidados de saúde, prevenção de doenças, para manter e melhorar a qualidade de vida para promover a saúde e o bem-estar ao longo da vida⁷⁻¹¹.

Um estudo¹² que visou avaliar os níveis de LS identificou que mais de um terço da população mundial tem dificuldades em encontrar, compreender, avaliar e utilizar a informação para gerir a sua saúde. Também em Portugal a LS tem sido identificada como um caminho para a melhoria dos cuidados de saúde, tendo vindo a assumir uma crescente importância na facilitação do acesso aos cuidados de saúde e na autogestão da saúde, assumindo-se como um fator incontornável a ter em conta para uma melhor saúde global¹².

A promoção da Literacia de Saúde tem o potencial de melhorar os resultados em saúde e a qualidade dos cuidados de saúde. Contudo, para que o se consiga alcançar, é fundamental o envolvimento das estruturas governativas, dos profissionais de saúde e dos próprios cidadãos na operacionalização de uma estratégia nacional concertada de promoção da Literacia em Saúde¹².

A pandemia por COVID-19 apelou às populações para adquirirem e/ou aplicarem informações de saúde de forma rápida e para adaptarem os seus comportamentos num ritmo acelerado, o que aumentou significativamente a exigência de LS da população. As autoridades devem ter este aspeto em conta na comunicação com a população sobre a COVID-19, e adaptar a informação às competências de LS¹³.

Este estudo pretendeu avaliar os níveis de LS de adultos portugueses, no que diz respeito à COVID-19, e a sua relação com a infodemia.

A exposição que de seguida se apresenta está dividida em três partes fundamentais limitadas por um capítulo introdutório. A primeira parte referente ao enquadramento teórico, está dividida em quatro capítulos diferentes: Promoção da Saúde, Literacia em Saúde, COVID-19 e Literacia em Saúde, e a Infodemia na Saúde.

A segunda parte por sua vez é dedicada à metodologia de investigação, encontrando-se repartida em diferentes capítulos, onde são apresentados os objetivos, o tipo de estudo, a metodologia de recolha de dados, as variáveis em estudo e os métodos utilizados no tratamento dos dados.

A apresentação dos resultados constitui a terceira parte do trabalho e, à semelhança das restantes, encontra-se dividida de forma a expor de modo organizado e claro os resultados obtidos. Sendo assim, nesta parte é apresentada a caracterização geral da amostra, os resultados dos níveis de Literacia em Saúde da amostra, a forma como os indivíduos se sentem informados sobre a COVID-19, e por último a relação entre as variáveis em estudo. A discussão dos resultados, no quarto capítulo, parte da informação apresentada e tenta discuti-la, determinar associações e explicações entre variáveis e retirar conclusões, à luz do referencial científico existente.

A conclusão, no quinto e último capítulo, fecha este trabalho enunciando os principais resultados e explicações através de uma reflexão sobre o tema e propõe eventuais contribuições para a resolução ou melhor gestão da problemática evidenciada, destacando as limitações ocorridas no desenvolver do trabalho para potencializar investigações futuras na mesma área.

1.1. Promoção da Saúde

Em 1946 a OMS² definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, indicando que a saúde deve ser vista de uma forma holística, incluindo a capacidade do indivíduo para atingir os seus objetivos com base na situação social, económica e cultural. A saúde é vista não só como uma questão biológica, mas como um conceito psicossocial e como um recurso, o que significa que não são apenas o corpo, a mente e o ambiente que interferem com a saúde, mas também a forma como a sociedade é construída e como o indivíduo consegue agir e viver nela.

A 21 de Novembro de 1986 foi aprovada a Carta de Ottawa¹⁴ na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que permanece até hoje como um guia orientador para o trabalho em PS.

Esta carta surge no seguimento de outras iniciativas promovidas pela OMS: “Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata”, do documento “As Metas da Saúde para Todos da Organização Mundial de Saúde”, e do Relatório Lalonde^{14,15}. O Relatório de Lalonde¹⁶ do Ministro da Saúde do Canadá, enalteceu o foco da Saúde Pública na promoção da saúde e prevenção da doença, estruturando os determinantes da saúde em quatro grandes grupos – fatores genéticos e biológicos, estilos de vida, fatores ambientais e serviços de saúde. A principal estratégia a ser adotada foi o estilo de vida individual e a mudança de comportamento, assumindo que os indivíduos poderiam melhorar a sua saúde, assumindo o controlo sobre as suas próprias escolhas individuais. A Declaração de Alma-Ata¹⁵, apoiou ainda mais Lalonde, constituindo um documento extremamente relevante onde a Saúde Pública é reconhecida como um direito humano fundamental: é reconhecido o direito e o dever, de todos os cidadãos, de participação no planeamento dos serviços de saúde e nas decisões relacionadas com a saúde.

A Carta de Ottawa¹⁴ surge assim como um documento congregador que afirma que:

“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas

necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.”¹⁴

A Carta^{16,17} identificou cinco estratégias para alcançar uma população saudável (Figura 2.1):

- Construir políticas públicas saudáveis: combinando diversas abordagens complementares que levem a políticas de saúde que promovam maior equidade;
- Criar ambientes de apoio: gerindo condições de vida e de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis;
- Fortalecer as ações comunitárias: empoderando as comunidades para aumentar a autoajuda, o apoio social, e desenvolver sistemas flexíveis para fortalecer a participação pública e a direção das questões de saúde;
- Desenvolver competências indivíduos: fornecimento de informações, educação para a saúde e melhoria das competências para permitir que os indivíduos aprendam ao longo da vida, através da escola, em casa, no trabalho e na comunidade;
- Reorientar os serviços de saúde: criando trabalho conjunto entre os indivíduos, os grupos comunitários, os profissionais de saúde, as instituições de serviços de saúde e os governos, com vista a um sistema de saúde que contribua para a busca da saúde.

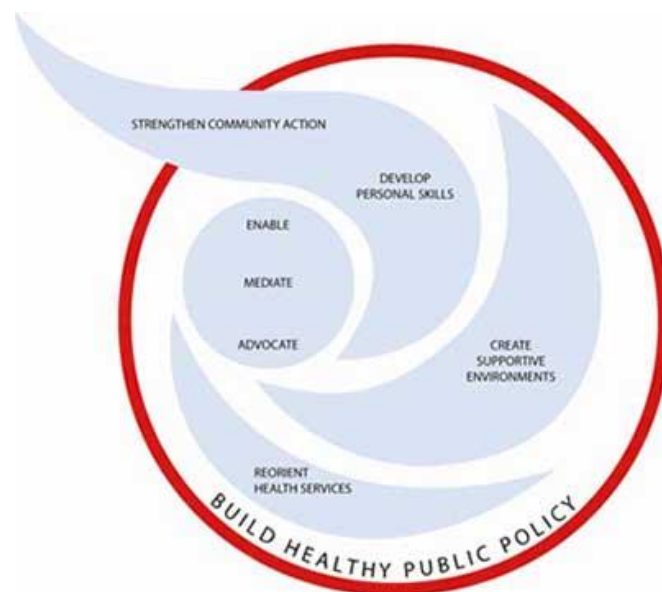


Figura 2.1 - Estratégias da Carta de Ottawa¹⁴

A Promoção da Saúde implica uma abordagem ecológica através dos seus vários níveis de intervenção, sendo por isso fundamental envolver os fatores biológicos, comportamentais, interpessoais, sociais, culturais, políticos, económicos, ambientais. Uma vez que se trata de um recurso de maior importância para o desenvolvimento social, a PS exige uma ação coordenada de todos os intervenientes: governo, setores da saúde, social e económico, organizações não governamentais, autarquias, comunicação social, etc.². É fundamental capacitar a população para aprender ao longo do ciclo de vida, preparando-a para as suas diferentes etapas, ou seja, estas intervenções devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nas organizações comunitárias¹⁸.

Os indivíduos com melhor acesso à informação, capacidade de a compreender e utilizar, e maior acesso a serviços de saúde, conseguem enfrentar melhor os obstáculos do quotidiano¹⁹. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder das comunidades, para que assumam o controlo consciente dos seus próprios esforços, e fiquem assim mais habilitadas a controlar a sua saúde e o ambiente envolvente, e fazer as suas próprias decisões baseadas em evidência¹⁵. Para que se consiga melhorar a qualidade de vida das populações e torná-las mais aptas e empenhadas em decidir sobre o seu destino, é essencial que seja garantido o respeito pelos Direitos Humanos e pelas diferenças, assegurando mecanismos que facilitem a participação de todos nos processos de decisão. Nos últimos anos, tem sido notória a importância da integração da prevenção e da promoção da saúde nos sistemas de saúde, e do fortalecimento da capacidade dos mesmos²⁰.

Portugal foi identificado como um dos países na dianteira da implementação de medidas, “notáveis” e “corajosas”, que promovem um modo de vida mais saudável¹. A Direção-Geral da Saúde (DGS) tem vindo a adotar uma série de medidas no âmbito da PS e da prevenção da doença, como por exemplo os programas “Prevenção e Controlo do Tabagismo”, “Promoção da Alimentação Saudável”, “Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos; Saúde Mental”, entre outros²⁰. Em 2018 a Comissão Europeia²¹ reconheceu o conjunto de iniciativas adotadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da PS e da prevenção da doença, permitindo que Portugal se afirmasse na vanguarda das políticas de Promoção de Saúde Pública na Europa.

1.2. Literacia em Saúde

A Literacia em Saúde é um conceito importante, mas complexo, que tem mostrado uma grande evolução através do contínuo debate sobre a sua definição, medição e importância.

A LS consiste²² num termo amplamente utilizado, tendo surgido pela primeira vez na década de 1970, intimamente ligado ao conceito de Literacia geral, embora rapidamente se tenha reconhecido que os indivíduos precisam mais do que competências de Literacia geral para serem capazes de enfrentar os desafios em saúde. Nas últimas duas décadas tem sido notória a atenção crescente dada a este conceito devido aos seus benefícios para a saúde individual e pública, e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde¹².

Ao longo dos anos foram discutidas na literatura numerosas definições de LS, sendo que em 1998 Nutbeam²³ defendeu que a LS “representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder e compreender a informação de forma a promover e a manter boa saúde”. Em 1999 a *Council of Scientific Affairs da American Medical Association*²⁴ define LS como “a capacidade de ler e compreender prescrições, bulas de medicamentos, e outros materiais essenciais relacionados com a saúde requeridos para com sucesso ser possível o funcionamento como doente”. Anos mais tarde, em 2005, Kickbusch *et al.*²⁵ definem LS como “a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades”.

Nos anos seguintes foram criadas novas definições, no entanto nenhuma se revelou tão completa como a de Nutbeam¹².

A LS implica o conhecimento, as competências pessoais e a confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, assim sendo, a LS significa mais do que saber ler panfletos ou marcar consultas.

Melhorar o acesso dos indivíduos a informações de saúde, e a sua capacidade em utilizá-las de forma eficaz é fundamental para o aumento da LS¹⁹. Assim sendo, a promoção da LS consiste numa importante estratégia para a Promoção da Saúde, uma vez que é um meio para alcançar melhores níveis de saúde, desenvolvendo ações numa perspetiva ecológica dos determinantes de saúde, envolvendo os indivíduos, as famílias, as organizações, programas e sistema de saúde, e decisores políticos²².

Melhorar a LS num individuo e na comunidade vai capacitá-los a fazerem decisões mais informadas e conscientes, e por sua vez reduzir a disseminação de desinformação¹⁰, o que acarretará benefícios para a saúde das comunidades. Uma sociedade literada em saúde é aquela com uma população capaz de entender como se proteger, e como proteger os outros por meio de ações básicas²⁶.

O *European health literacy survey* (HLS-EU)²⁶ evidenciou que a LS é um desafio de saúde pública ainda negligenciado em alguns países, o que leva a que mais de um terço da população europeia enfrente dificuldade em encontrar, entender, avaliar e usar a informação para gerir a sua saúde.

Baixos níveis de LS são surpreendentemente comuns em países desenvolvidos, já nos países em desenvolvimento esta prevalência é muito superior¹⁹. Não surpreendentemente, baixos níveis de LS numa população estão associados direta e indiretamente a diversas complicações de saúde, como uma maior taxa de internamentos, e com uma maior utilização dos serviços de urgência, mais exames de diagnóstico e baixa adesão à terapêutica medicamentosa¹². Indiretamente, o baixo nível de LS está ainda frequentemente relacionado com condições socioeconómicas precárias, menor preocupação em educação em saúde, menor prevenção de doenças e ainda uma má gestão de doenças crónicas¹¹.

Estudos mostram que existe uma relação entre baixos níveis de LS e uma diminuição do uso de informações e serviços de saúde disponíveis¹⁹, na medida em que indivíduos com baixa LS apresentam menos probabilidade de: compreender informação escrita e oral fornecida por profissionais de saúde; serem capazes de navegar pelo sistema de saúde; realizar procedimentos necessários; e seguir indicações médicas¹².

Uma melhor organização do serviço e uma maior sensibilidade dos profissionais de saúde podem melhorar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da relação paciente-profissional de saúde. Isto permite que o profissional de saúde consiga fornecer informações adaptadas às necessidades e capacidades individuais, o que poderá levar à maior adesão aos cuidados clínicos indicados²².

As ações para melhorar a LS são adaptadas à idade e ao conhecimento individual, de forma a permitir que os indivíduos coloquem mais eficientemente esse conhecimento em prática e por sua vez exerçam um maior controlo sobre a sua saúde e sobre as decisões tomadas no âmbito da saúde. Por sua vez, isso leva a melhores resultados de saúde associados a cuidados clínicos implementados com mais sucesso¹⁶.

Os indivíduos que têm uma LS mais desenvolvida terão, assim, mais competências e capacidades para se envolverem em atividades de saúde, melhorando as suas ações e

comportamentos pessoais, bem como melhorar ações sociais para a saúde e a capacidade de influenciar outros indivíduos a tomar decisões mais saudáveis, tal como adotar um estilo de vida saudável, ou fazer exames de rastreio²⁷.

1.2.1. Modelos de Literacia em Saúde

Semelhante à literacia geral, a LS pode ser medida em diferentes níveis, correspondendo a um nível mais alto de LS competências que se relacionam com a aquisição, compreensão e aplicação do conhecimento num contexto específico¹¹.

Em 2009, Nutbeam¹¹ contribuiu para a evolução do conceito LS instrumentalizando-o uma vez que analisou este conceito em três dimensões distintas:

- Literacia funcional – competências básicas para ler e escrever permitindo um funcionamento eficaz nas atividades diárias;
- Literacia interativa – competências sociais para uma participação ativa nos cuidados de saúde;
- Literacia crítica – capacidade de analisar e usar criticamente informações para participar em ações que superem barreiras estruturais à saúde.

Os diferentes níveis distinguem-se pelos maiores níveis de conhecimento e competências que apoiam progressivamente maior autonomia e empoderamento do indivíduo na área da saúde, na tomada de decisão, bem como o envolvimento de uma gama mais ampla de conhecimentos em saúde que se estendem desde a gestão da saúde aos determinantes sociais da saúde¹¹.

As competências adquiridas na dimensão funcional da LS constituem as bases para os indivíduos serem capazes de participar na sociedade, tanto económica como socialmente, e de compreender e exercer um maior grau de controlo sobre os eventos quotidianos¹⁹.

Posteriormente foram acrescentadas por outros autores²² novas sugestões de classificação:

- Literacia Mediática – capacidade de avaliar criticamente mensagens dos media;
- Literacia Fundamental – competências e estratégias envolvidas na leitura, fala, escrita e interpretação de números;
- Literacia Científica – níveis de competência com informação científica e tecnológica, incluindo a consciência do processo científico;
- Literacia Cívica – competências que permitem aos cidadãos tomar consciência de questões públicas e de se envolverem no processo de tomada de decisão;

- Literacia Cultural – capacidade de reconhecer e usar crenças coletivas, costumes, visão global e identidade social para interpretar e atuar em informações de saúde.

A progressão entre os diferentes níveis de LS não é apenas dependente do desenvolvimento cognitivo, mas também da exposição a diferentes formas de comunicação, e de conteúdo da mensagem.

1.2.2. Ferramentas de avaliação da Literacia em Saúde

Dada a complexidade do conceito, torna-se também difícil a seleção de um instrumento único e suficientemente abrangente de avaliação da LS.

As ferramentas *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) e *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) foram as primeiras a serem desenvolvidas e utilizadas para medir a literacia de um indivíduo. Estes instrumentos foram testados, melhorados e validados ao longo do tempo de modo a constituírem ferramentas de triagem curta para profissionais utilizarem na prática diária com uma ampla gama de populações. No entanto, como estes instrumentos se têm centrado principalmente na avaliação de competências cognitivas (ler e usar numeracia, nomeadamente para calcular dosagens para a toma de medicamentos) para aferir os níveis de literacia das populações são ainda insuficientes para a medição do grau de LS de uma forma mais abrangente ajustada à conceptualização atual^{12,28}.

Mais tarde surgiu a HLS-EU, que avalia a dificuldade ou facilidade percecionada pelos indivíduos em aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde. Originalmente a HLS-EU era composta por 47 itens, mas ao longo dos anos foram desenvolvidas versões mais curtas, dando origem à HLS-EU-Q16 constituída por dezasseis questões. Esta ferramenta é composta por questões respondidas numa escala de quatro pontos, variando de 1 (muito difícil) a 4 (muito fácil), e normalmente o questionário é administrado através de uma entrevista pessoal²⁹. Esta foi uma primeira tentativa de investigar, através de uma metodologia extensiva, a Literacia em Saúde nos vários países participantes: Áustria, Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Holanda e Polónia¹².

1.2.3. Literacia em Saúde em Portugal

À semelhança de outros países europeus, desde cedo Portugal sentiu a necessidade de conhecer o nível de LS da população, tendo sido em 1995 realizado o primeiro estudo em Portugal, que revelou níveis de LS baixos ou muito baixos da população portuguesa¹².

Em 2014 surgiu uma Rede Académica constituída por 12 Escolas de Saúde, através de um acordo entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa, os mentores e a coordenadora do projeto do HLS-EU, e a DGS/Plano Nacional de Saúde, responsável pela aplicação em Portugal da HLS-EU que identificou que 17% dos portugueses têm LS inadequada, e 44,4% apresenta LS problemática, sendo que a restante amostra (38,5%) apresenta LS suficiente ou excelente (Figura 2.2)¹².

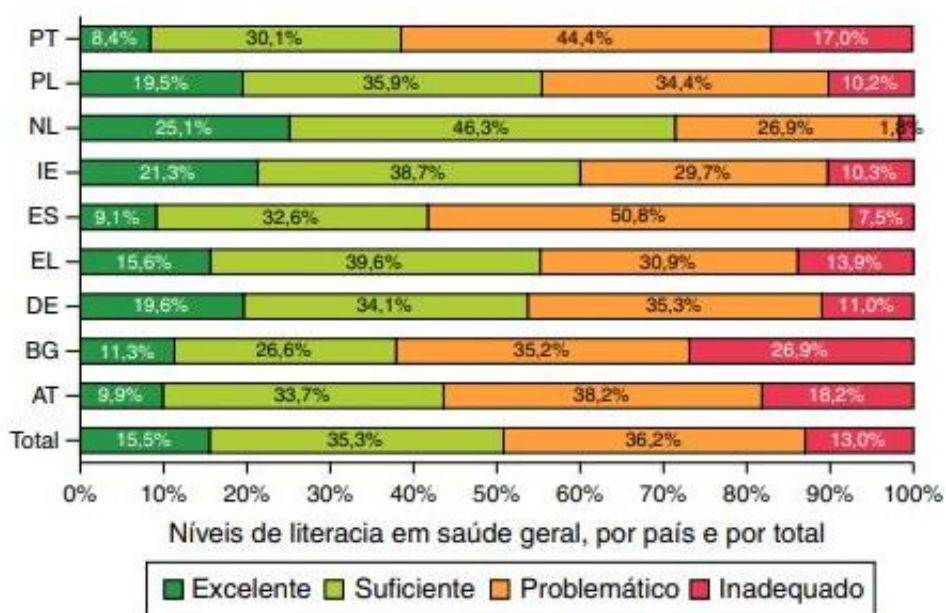


Figura 2.2 - Níveis de LS em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%)¹²

Em 2015 foi desenvolvido e aplicado outro inquérito sobre LS em Portugal (ILS-PT) por uma equipa do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-Iscte-IUL), e teve como principal objetivo conhecer os níveis de LS em Portugal, identificar as principais limitações, problemas e entraves neste campo na população portuguesa, e, claro, orientar ações no sentido da sua melhoria. A aplicação deste inquérito revelou que os níveis de LS são ligeiramente mais baixos em Portugal, comparativamente com os resultados médios dos países que participaram no HLS-EU (Figura 2.3)³⁰.

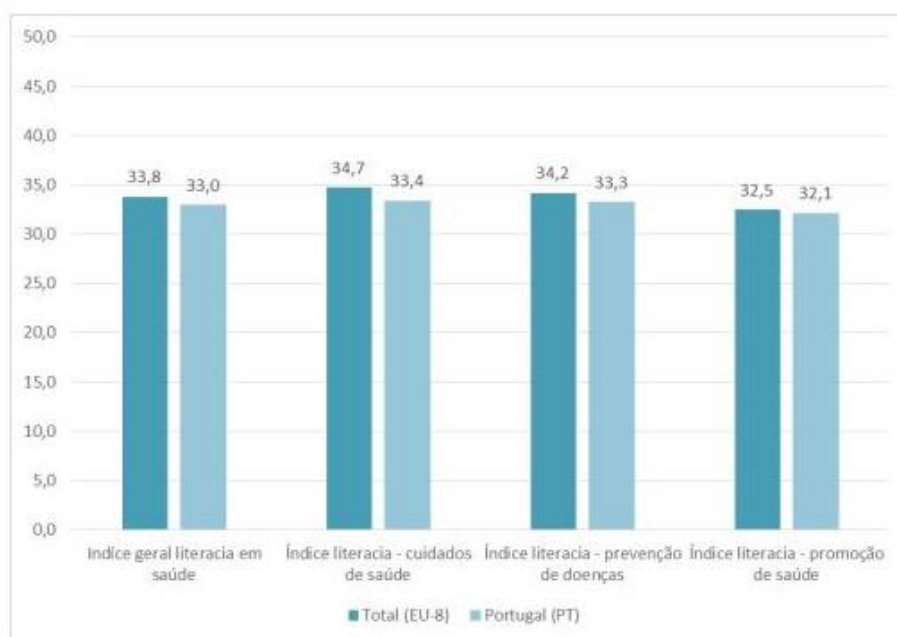


Figura 2.3 - Índices de LS em Portugal e na Europa³⁰

Portugal caracteriza-se por ter 11% da população com um nível de LS “inadequado” e cerca de 38% da população com um nível de LS considerado “problemático”. 50% dos portugueses têm um nível de LS “excelente” ou “suficiente” (Figura 2.4). Obtiveram-se melhores níveis de LS neste estudo, comparativamente com aquele realizado no ano anterior³⁰.

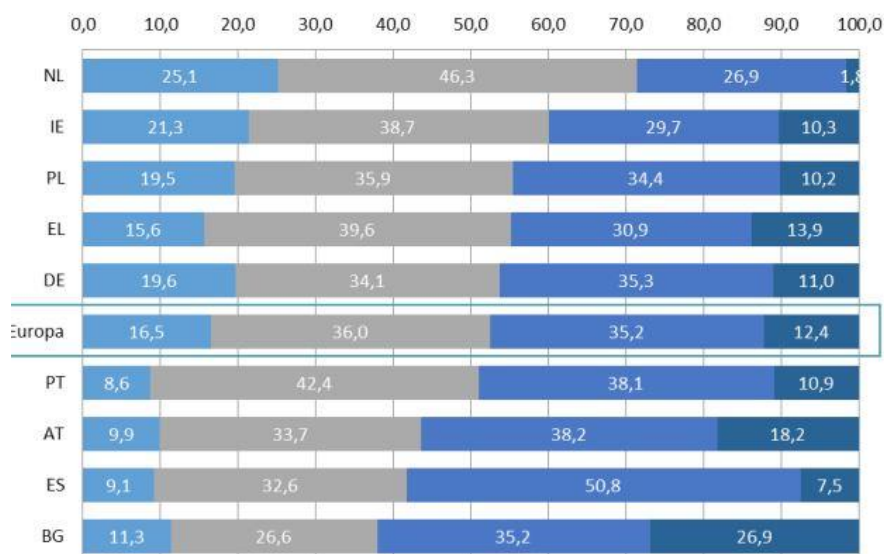


Figura 2.4 - Níveis de LS em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%)³⁰

Recentemente a DGS, realizou um estudo no âmbito do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021³¹ e enquadrado no consórcio europeu *Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy* (M-POHL), e concluiu-se que Portugal está entre os países com melhor nível de LS: 65% da amostra apresenta LS “suficiente”. Apesar de se tratar de um instrumento novo, estes resultados sugerem um aumento dos níveis altos de LS da população, quando comparados com estudos anteriores.

A LS tem sido o foco de diferentes políticas em Portugal, embora a investigação nesta área ainda seja escassa. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) criou a Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar de forma a capacitar os indivíduos, melhorando a autonomia nas decisões em saúde.

Foi também criado o SNS+Proximidade e a Biblioteca de Literacia em Saúde com o objetivo de colocar o cidadão no centro do sistema de saúde²².

Em 2017 foi aprovado em Portugal um projeto piloto intitulado de *Health Literacy for Safety Healthcare* o qual visou aumentar o envolvimento de pacientes, familiares, prestadores de cuidados de saúde e instituições de saúde na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como aumentar a LS dos pacientes nessas mesmas áreas³².

Também a DGS publicou o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021²², tendo como objetivo manter o indivíduo no centro da intervenção, envolvendo indivíduos de todas as faixas etárias, famílias, organizações e sistemas, melhorando o nível de LS da população portuguesa.

1.3. COVID-19

O vírus SARSCoV foi descoberto durante a década de 1960, e os tipos mais graves do vírus resultaram em pandemias de grande escala, como é o caso da SARS, em 2002 e 2003, e da MERS, em 2016³³.

A SARS foi reconhecida pela primeira vez na província de Guanddong, na China em novembro de 2002, e espalhou-se por 30 países, infectando 79.000 pessoas com uma fatalidade de 9,5%. Este vírus foi encontrado nem cães, guaxinis, texugos num mercado humano que foram os transmissores do vírus para os humanos que lá trabalhavam³⁴.

Em 2012, na Arábia Saudita foi encontrado um caso de MERS-CoV, e os transmissores foram também animais (morcegos e dromedários), assim sendo concluiu-se que o vírus

CoV residem predominantemente em animais como morcegos, ratos, galinhas, cães ou cavalos³⁴.

Uma pneumonia de causa desconhecida detetada em Wuhan, na China, foi relatada pela primeira vez à OMS a 31 de dezembro de 2019^{35,36}. A OMS nomeou a doença como COVID-19 e o vírus causador como SARS-COV-2 a 11 de fevereiro de 2020³⁶.

As gotículas respiratórias são a principal via de transmissão deste vírus, quando um indivíduo saudável está em contacto com uma pessoa infetada, ou com algum material/objeto que a pessoa infetada utilizou. No entanto, a transmissão pode ser evitada mantendo uma distância de dois metros entre indivíduos, usando máscaras de proteção, e o isolamento de pessoas infetadas⁴.

De acordo com o relatório da OMS – China Joint Mission sobre a COVID-19⁴, 80% das infeções são leves a moderadas, 13,1% desenvolvem doença, enquanto outros 6,1% desenvolvem doença criticamente grave exigindo suporte de terapia invasiva.

As manifestações mais comuns são tosse (46-82%), febre (77-98%), fadiga, mialgias, perda de olfato e paladar, dor de cabeça e de garganta, e rinorreia. A síndrome da insuficiência respiratória aguda é uma das complicações mais graves dos pacientes com COVID-19 e está associada à hospitalização prolongada e a alta mortalidade. O risco da doença grave e crítica é maior em idosos (>60 anos) e aqueles com patologias adjacentes como diabetes, hipertensão, obesidade, doença respiratória crónica, entre outras⁴.

O teste de ácido nucleico é o principal método de diagnóstico da COVID-19. Os kits de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) foram projetados para detetar o SARS-CoV-2, através da recolha de exsudado da nasofaringe e, se possível, orofaringe colhido com zaragatoa⁴.

Na primeira vaga, devido à escassez de *kits* e taxa de falsos positivos de RT-PCR, as Tomografias Computorizadas (TC) foram utilizadas temporariamente como diagnóstico clínico para a COVID-19, na província de Hubei, na China. As características mais comuns são as opacidades em vidro despolido, opacidades lineares, consolidação, broncogramas aéreos, entre outros, e estas características nas imagens mostraram que a TC apresenta uma sensibilidade alta (86-98%) para a COVID-19. No entanto, apresenta baixa especificidade porque os achados encontrados nas imagens podem ser confundidos com outras patologias, como é o caso da pneumonia⁴.

Ao nível de análises sanguíneas associadas à COVID-19, valores diminuídos de albumina, proteína C reativa alta, desidrogenase láctica alta, linfopenia, enzimas hepáticas elevadas e creatinina elevada, são achados sugestivos de COVID-19³³.

A 11 de março de 2020 a OMS caracterizou o surto como uma pandemia, e levantou questões de saúde pública internacionais³⁶.

A 24 de abril de 2022, mais de 500 milhões de indivíduos foram infetados por esta doença. Até ao momento, cerca de 6 milhões de mortes foram relatadas. Este vírus provou ser muito mais fatal do que outros membros da família coronavírus, com uma taxa de mortalidade de 1,4%³⁷.

Dentro de uma epidemia ou pandemia, controlar a propagação da doença é um requisito básico. Isso requer reconhecimento precoce da sintomatologia, medidas de diagnóstico imediatas, e medidas preventivas apropriadas. Por sua vez, isso exige o papel de vários departamentos que vão desde o governo, à saúde, aos MCS, e ao próprio público em geral³⁶. Na tentativa desesperada de conter a disseminação do vírus e a difusão da COVID-19, os governos de todo o mundo tomaram medidas sem precedentes: cidades e países inteiros ficaram isolados, foram proibidas viagens, escolas e universidades fecharam, algumas lojas entraram em rutura de *stock*, e todas as atividades económicas, culturais e sociais pararam⁶.

Desde o início da pandemia existiu uma grande preocupação na descoberta de uma vacina contra a COVID-19, que se iniciou logo no início de janeiro de 2020. O facto de serem novas vacinas e a existência de incertezas relativamente à sua efetividade e aos seus efeitos adversos, criou alguma resistência, e dúvidas junto das pessoas. Para dissolver estas incertezas e dúvidas é necessário que a comunicação seja fundamentada na melhor evidência científica, em tempo real, adaptando constantemente as estratégias a implementar³⁸.

1.3.1. COVID-19 e a Literacia em Saúde

A pandemia de COVID-19 apelou às pessoas para adquirir e/ou aplicar informações de saúde de forma rápida e adaptar os seus comportamentos num ritmo acelerado, o que aumentou significativamente a exigência de LS da população^{35,39}.

A LS promove e capacita os indivíduos e as comunidades a participar nos cuidados de saúde de forma a melhorar a saúde e o bem-estar, aborda as desigualdades em saúde, e constrói resiliência na comunidade. Aqueles com boa LS geralmente são capazes de gerir a sua saúde mais eficazmente comparativamente com aqueles que apresentam baixos níveis de LS. A LS é um determinante social da saúde, se por um lado níveis baixos de LS estão associados a educação, pobreza, e desemprego, por outro lado, mesmo aqueles com níveis de educação mais elevados podem ter baixos níveis de LS quando estão perante um contexto desconhecido⁴⁰.

Assim sendo, a promoção da Literacia em Saúde ganhou redobrada importância junto dos indivíduos, das comunidades e das organizações, constituindo-se como uma importante resposta e ferramenta da Saúde Pública, o que torna o comportamento individual e informado uma intervenção fundamental, assim como a ação médica e governamental¹⁶.

É fundamental que as autoridades de saúde apliquem princípios de LS e forneçam informações fáceis de entender, aceder e sem barreiras. Promover a LS é decisivo para a implementação de medidas preventivas e para a própria evolução da epidemia²², no entanto, a LS torna-se ainda mais desafiante quando estamos perante um contexto desconhecido como é o caso da COVID-19, que o conhecimento do tema é incompleto, mutável e dependente do contexto⁹.

Na tentativa de reunir o máximo de informações possível sobre este novo vírus, a OMS criou a “Base de Dados COVID-19”⁴⁰ a 14 de abril de 2020, com objetivo de melhorar a compreensão científica sobre a COVID-19, e ao mesmo tempo melhorar também a LS do cidadão garantindo estar a passar informações de saúde pública corretas.

Para promover a LS, a DGS lançou o Documento “A Literacia em Saúde e a COVID-19 – Plano, Prática e Desafios”¹³ constituído por quatro eixos: Boas Práticas em Literacia em Saúde, *Health Literacy Intelligence*, Comunicação e Mobilização Social, e baseado na evidencia científica mais recente, fornecendo uma abordagem interdisciplinar e multisectorial entre os diferentes intervenientes.

Face a uma situação de pandemia como a que vivemos atualmente, o papel da Literacia em Saúde na Prevenção da Doença e na Proteção e Promoção da Saúde, alinhado de forma estreita com comunicação de risco e comunicação de crise e o estudo dos *behavioural insights*, surge como sendo a abordagem mais eficaz, tendo como melhor resposta o comportamento adequado das populações¹³.

1.4. Infodemia na Saúde

A 15 de fevereiro de 2020, o diretor geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus afirmou “Não estamos apenas a lutar contra uma epidemia, estamos a lutar contra uma infodemia”, na Conferência de Segurança de Munique^{9,35,40}.

O termo infodemia foi mencionado pela primeira vez por Eysenbach em 2009 e foi apresentado como a epidemiologia da (des)informação, que identifica áreas onde há uma lacuna de tradução de conhecimento entre as melhores evidências e a prática⁴¹.

De maneira semelhante a uma epidemia, a infodemia espalha-se de forma rápida entre humanos, e é disseminada e consumida pela Internet, redes sociais, aplicações de

conversação, TV, rádio e outros canais de comunicação. Isso faz com que seja difícil para as pessoas encontrarem fontes de orientação confiáveis para modificar os seus comportamentos e protegerem-se a si mesmo, às suas famílias e às comunidades contra a infecção¹⁰.

Um estudo relativo à epidemia da gripe H1N1⁹ na província de Shaanxi na China em 2009, mostrou como a resposta dos indivíduos pode mudar consoante o modo como as notícias são transmitidas. Por um lado, as reportagens dos MCS ajudaram as pessoas a adotar medidas de proteção essenciais, mas por outro lado, algumas pessoas começaram a estigmatizar pessoas doentes. O mesmo aconteceu com o atual vírus COVID-19, uma vez que este vírus surgiu num mercado de alimentação chinês, os MCS inicialmente criticaram o povo chinês por consumir animais vivos como morcegos, cobras e cães. Os asiáticos começaram também a ser estigmatizados, tendo sido relatados diversos incidentes, e insultos raciais. Isto teve um impacto significativo, levando o governo chinês a ordenar o fecho de todos os mercados e proibiu o consumo de animais vivos⁹.

Uma infodemia não pode ser eliminada, mas pode ser gerida, no entanto esta gestão torna-se mais desafiadora com as redes sociais e a rápida disseminação da informação³⁵.

O problema infodémico pode ser ainda mais desafiador de gerir quando as informações de saúde são misturadas com narrativas políticas e comentários online não baseados em evidência científica. Para dar resposta a este problema, a OMS convidou decisores políticos, profissionais de saúde, investigadores, estudantes, representantes dos MCS e das plataformas sociais, organizações do setor privado e outras partes interessadas para um conjunto de reuniões, que resumiram 50 ações propostas e revelaram seis implicações políticas para gerir a infodemia em emergências de saúde. As aplicações destas ações têm como objetivo melhorar a qualidade e precisão de informações de saúde durante emergências de saúde, no entanto, é improvável que a desinformação em saúde seja eliminada³⁶. Também a OMS⁴⁰ publicou uma página de deteção de mitos com download de cartazes informativos para reforçar a formação em saúde pública, e o Fórum Mundial de Economia⁴² publicou uma diretriz de três etapas sobre “Como ler as notícias como um cientista e evitar a infodemia”.

Atualmente, ver informações online sobre saúde tornou-se uma atividade online frequente, tal como verificar o email ou utilizar outras aplicações online, e esta tendência foi dramaticamente acelerada durante a crise da COVID-19³⁵. Por um lado, esta pandemia elevou a necessidade das populações precisarem e necessitarem de aceder

e compreender informações de saúde para estarem preparadas para o risco de mitigação da COVID-19. Por outro lado, desde o surto da pandemia, uma grande quantidade de informações sobre o vírus, a doença, os riscos de infecção bem como medidas preventivas foi disseminada⁸.

A falta de conhecimento sobre este novo vírus bem como a ameaça à saúde trouxe mudanças constantes, e informações contraditórias⁴³. Neste contexto, a infodemia é agravada pela escala global de emergência³⁵, o que dificulta uma abordagem de saúde pública adequada para a gestão de uma crise, como é o caso da COVID-19, e que pode levar à redução da confiança nas instituições e serviços de saúde e impede uma abordagem com base na evidência¹⁰.

Desde o confinamento o uso de redes sociais aumentou 87%³⁶. Uma pesquisa realizada pela fundação Bruno Kessler em Itália mostrou que todos os dias em março de 2020 houve um aumento de 46000 novos *posts* no *Twitter* ligados a informações enganosas sobre a pandemia⁹.

A palavra “coronavírus” tornou-se a maior tendência no histórico de pesquisa da *Google*, e conseqüentemente esta plataforma lançou o um site de informações COVID-19 dedicado à educação, prevenção e localização de recursos com o objetivo de fornecer às pessoas acesso a informações, dicas de segurança e tendências de pesquisa relacionadas com a COVID-19⁹.

Plataformas de redes sociais, e os canais de comunicação social demonstraram a importância do distanciamento social através de anúncios gratuitos. Nas estradas estava mencionado continuamente anúncios como “Fique em casa”, “Fique seguro”, “Obrigatório a utilização de máscara em locais públicos” – esta repetição tornou-se essencial para consolidar o papel destas medidas na prevenção e propagação da doença³⁶.

Neste cenário, a LS demonstrou-se, mais uma vez, uma peça central na resposta à pandemia e na luta contra a infodemia, ajudando a aumentar as capacidades dos indivíduos em aceder e utilizar o mundo digital, e facilitar a utilização de serviços e informações de saúde online conforme as suas necessidades^{9,44}.

Numa população com baixa LS, a disponibilidade de tempo livre devido ao isolamento social pode ter contribuído para a infodemia. Relatórios mostraram que uma notícia falsa tem três vezes mais chances de ser compartilhada nas redes sociais do que uma notícia verificada e baseada em evidência científica, e a falta de LS terá a capacidade de amplificar ainda mais esse problema⁸.

A LS pode ser uma das estratégias mais críticas para garantir uma comunicação eficaz de saúde e risco na batalha contra a pandemia⁴⁴. Para tornar a comunicação numa crise mais eficaz, é importante entender onde é que os indivíduos procuram informações e como é que essas informações moldam as suas perceções e ações. Quando a informação é inconsistente, a confiança tende a diminuir, especialmente numa emergência de saúde pública como é o caso da pandemia da COVID-19. Assim sendo, é crucial fornecer informações consistentes para construir confiança e promover o comportamento adaptado⁴².

Entender quais as informações de saúde são usadas e confiadas pelos indivíduos com baixos níveis de LS pode ajudar a identificar estratégias de suporte específicas para esses indivíduos que frequentemente relatam maiores riscos para a saúde. Um estudo anterior evidenciou que indivíduos com níveis mais baixos de LS são mais propensas a desconfiar de informações fornecidas por médicos e dentistas, e relatam perceções mais negativas em relação às suas experiências nos que diz respeito a cuidados de saúde³⁵.

É fulcral estabelecer uma relação de confiança entre a comunidade e o sistema de saúde, bem como na informação e estratégias definidas no combate a esta pandemia e infodemia.

No entanto, isto tem mostrado ser uma luta multifatorial porque precisamos de aumentar a LS na população, estabelecer uma presença mais forte das agências nacionais de saúde, nas redes sociais, e desenvolver melhores ferramentas de deteção de notícias falsas que possibilitem a ação dos governos⁸.

Neste capítulo serão descritas as etapas do processo empírico do estudo, iniciando com a identificação do desenho do estudo, da amostra, da apresentação do método de recolha de dados, as considerações éticas, e o tratamento estatístico dos mesmos.

2.1. Objetivo Geral

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar os níveis de Literacia em Saúde de adultos portugueses, no que diz respeito à COVID-19, e a sua relação com a infodemia.

2.2. Objetivos Específicos

Face ao objetivo geral do estudo, foram definidos objetivos específicos:

- Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas (e.g., idade, sexo) na Literacia em Saúde sobre a COVID-19 (LS-COVID-19);
- Analisar a forma como os adultos portugueses experienciaram a infodemia em saúde durante a pandemia da COVID-19;
- Identificar a relação entre os níveis de Literacia em Saúde sobre a COVID-19, e a gestão de infodemia por parte dos indivíduos.

2.3. Tipo de estudo

Optou-se por um estudo de carácter quantitativo, uma vez que tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos. É baseado na observação de factos objetivos, acontecimentos e fenómenos independentes do investigador⁴⁶. Para além disso, trata-se de um estudo analítico na medida em que vai ser testada e analisada a existência de relações entre variáveis^{46,47}.

É um estudo observacional pois não pressupõe intervenção controlada pelo investigador, ou seja, a exposição ocorre sem a participação do investigador, limitando-se este a observar e recolher os dados; e também transversal porque examina a relação entre o *outcome* e outras variáveis de interesse num determinado momento temporal, ou seja, não existe período de acompanhamento, nem seguimento dos indivíduos⁴⁸.

Resumindo, este é um estudo observacional transversal, e do tipo descritivo com base numa metodologia quantitativa.

2.4. População e Amostra

A realização de um estudo de investigação pressupõe a recolha de dados de um grupo que se pretende estudar e que possui determinadas características em comum, ou seja, a população em estudo⁴⁹. Neste estudo, a população elegível é constituída por indivíduos portugueses com idade superior a 18 anos, e tem como critérios de inclusão: ter nacionalidade portuguesa, e acesso à internet; e como critério de exclusão: idade inferior a 18 anos.

Uma amostra consiste num subgrupo da população selecionado para análise⁴⁹. A técnica de amostragem aplicada neste estudo é não probabilística por conveniência, dado que a amostra é construída pelos indivíduos que o investigador tem maior facilidade de contacto. Neste estudo aceitaram participar e responderam ao questionário 106 indivíduos, no entanto foi excluído um indivíduo por não cumprir o critério de inclusão: ter nacionalidade portuguesa, fazendo com que o tamanho amostral fosse de n=105.

2.5. Instrumento de recolha de dados

O questionário é o método de recolha de dados que os inquiridos se sentem mais seguros e exprimem mais livremente as suas opiniões individuais⁵⁰.

Neste estudo todos os dados foram recolhidos com recurso à aplicação do questionário de autopreenchimento HLS-COVID-Q22 (Apêndice 1) de Okan *et al.*²⁹, aos quais foi solicitada autorização para a sua aplicação (Apêndice 2). De referir que no estudo de Okan *et al.*²⁹ o questionário foi validado e aplicado para adultos de nacionalidade alemã. Os participantes deste estudo foram questionados sobre a sua idade, nacionalidade, género, habilitações literárias, rendimento mensal por agregado familiar, região de residência e número de filhos com idade igual ou inferior a 18 anos.

Foram utilizados dois itens gerais para abordar as perceções individuais relativamente às informações sobre a COVID-19. A primeira pergunta (“No geral, sente-se bem informado sobre a COVID-19?”) foi respondida numa escala de *Likert* de 4 pontos: 1 - “nada bem”; 2 - “não tão bem”; 3 - “bem”; e 4 - “muito bem”. Na segunda pergunta (“Algumas pessoas sentem-se confusas com todas as informações sobre a COVID-19 ou sobre a pandemia, e não sabem quais as informações mais fidedignas. Também se sente confuso com todas as informações?”) as respostas foram dadas numa escala de 3 pontos: 1 – “sim, muito confuso”; 2 – “sim, um pouco confuso”; e 3 – “não, quase nada confuso”.

Para avaliar a LS-COVID-19 Okan *et al.*²⁹ utilizou como base o Questionário Europeu de Literacia em Saúde - que avalia a dificuldade ou facilidade percebida pelos participantes ao aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde - e adaptou-o de forma a explorar como os adultos lidam com informações relacionadas com a COVID-19, dando origem ao HLS-COVID-Q22. Este instrumento de recolha de dados provou ser um instrumento confiável para medir a Literacia em Saúde no contexto da COVID-19 para a população alemã, apresentando uma alta consistência interna ($\alpha=0,940$; $p=0,891$)²⁹.

Após o autor, Orkan Okan, ter autorizado a utilização do questionário neste estudo, e dado o original encontrar-se na língua inglesa, foi realizada a sua tradução. Para isso, a metodologia adotada foi a tradução e retrotradução⁵¹, com o intuito de se obter uma maior consistência no processo, assim como clareza do instrumento de investigação. No presente estudo as questões foram traduzidas do inglês para o português por um tradutor bilingue, e subsequentemente traduzidos do português para o inglês por um tradutor profissional. Posteriormente, as versões original em inglês e a retrotraduzida foram comparadas pelo tradutor bilingue, que as considerou muito semelhantes, e como tal, a versão portuguesa foi considerada adequada.

Este questionário, constituído por 22 questões, foi desenvolvido com o intuito de analisar como os adultos lidam com as informações sobre a COVID-19 durante a pandemia e, para isso, é dividido em quatro sub-escalas: acesso (6 questões), compreensão (6 questões), avaliação (5 questões) e aplicação (5 questões) de informações relacionadas com a saúde no contexto da pandemia. As perguntas foram respondidas numa escala de *Likert* de 4 pontos: 1- “muito difícil”, 2 – “difícil”, 3 – “fácil”, e 4 – “muito fácil”.

Os scores médios do HLS-COVID-Q22 são baseados nas respostas que variam de 1 a 4, no entanto, Rothlin *et al.*⁵² encontraram algumas limitações nos valores de corte atuais do HLS-EU, e por isso sugerem fundir os dois níveis mais altos de Literacia em Saúde, dando origem aos seguintes níveis de classificação consoante os valores de corte:

- *score* médio $\leq 2,5$ corresponde a Literacia em Saúde sobre a COVID-19 inadequada;
- *score* médio > 2.5 e < 3 corresponde a Literacia em Saúde sobre a COVID-19 problemática;
- *score* médio ≥ 3 corresponde a Literacia em Saúde sobre a COVID-19 suficiente.

2.5.1. Validação do instrumento

De modo a verificar a fiabilidade do questionário, verificou-se a sua consistência interna que se refere à “homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir aspetos de um mesmo conceito”⁵⁰. Tendo em conta as variáveis em estudo, efetuou-se a análise da validade das questões do HLS-COVID-Q22, com exceção aos referentes aos dados sociodemográficos. O resultado do coeficiente de *Alfa de Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo excelente quanto mais próximo de um estiver, e inaceitável quando se aproxima do zero⁵⁰.

2.6. Recolha de dados

Todo o processo de recolha efetiva dos dados, desde os pedidos de autorização ao encerramento do questionário, decorre no período compreendido entre abril de 2021 e fevereiro de 2022.

O questionário foi transcrito para a plataforma online *Google Forms*, onde lhe foi associado um *link* através do qual os participantes podiam aceder e preenchê-lo. Os indivíduos foram convidados a participar no estudo através da sua divulgação via *online* durante os meses de fevereiro e março de 2022 através de redes sociais, páginas socioprofissionais, e divulgação por correio eletrónico.

2.7. Variáveis em Estudo

As variáveis são “qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação...”⁴⁶ e que, em função dos objetivos e questões formuladas, foram ser consideradas em 2 tipos:

- 1) variáveis independentes: idade, nacionalidade, género, habilitações literárias, rendimento mensal por agregado familiar, região de residência, e ter filhos com menos de 18 anos;
- 2) variáveis dependentes: score médio de Literacia em Saúde sobre a COVID-19.

2.8. Considerações éticas

O estudo foi submetido ao Conselho de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, e o questionário foi divulgado apenas após a atribuição de um parecer favorável à sua realização.

Uma vez que a participação no estudo foi realizada via *online* através do autopreenchimento do questionário, e tendo em conta os objetivos do presente estudo, o conteúdo do questionário, e a inexistência de necessidade de retorno para os participantes, a identificação dos mesmos não foi necessária. Assim, não sendo recolhidos dados pessoais, a participação foi anónima, não implicando a aplicação do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia⁵³, nem de consentimento informado.

2.9. Análise de dados

Os dados foram analisados por meio de software *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS 26.0), utilizando métodos de estatísticas descritiva e inferencial.

A estatística descritiva foi realizada nomeadamente com recurso a estatísticas de localização e dispersão para as variáveis quantitativas (média e desvio padrão) e a análise de frequências foi realizada para as variáveis qualitativas.

Para estudar a associação entre os *scores* médios de LS-COVID-19 e os grupos independentes das variáveis recorreu-se à utilização de testes de hipóteses paramétricos e não paramétricos. No caso em que a variável qualitativa tinha dois grupos independentes (por exemplo: o sexo) recorreu-se ao teste paramétrico *t de student* para 2 amostras independentes. Quando o pressuposto de normalidade foi rejeitado (através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*), foi utilizada a alternativa não paramétrica ao teste *t de student*, o teste de *Mann-Whitney*. Quando a variável qualitativa tinha mais de dois grupos independentes (por exemplo: faixa etária, habilitações literárias, rendimento mensal por agregado familiar, etc) recorreu-se à ANOVA (teste paramétrico). Quando os pressupostos de normalidade (teste de *Kolmogorov-Smirnov*) e/ou de homogeneidade de variâncias (teste de *Levene*) foram rejeitados utilizou-se a alternativa não paramétrica, o teste de *Kruskal-Wallis*.

Para testar a associação entre os *scores* médios de LS-COVID-19 e o nível de informação/confusão que os inquiridos sentiram durante a COVID-19, recorreu-se à Correlação de *Pearson* (correlação não paramétrica dado não se verificar o pressuposto das distribuições seguirem uma distribuição normal), de forma a medir o grau de correlação, indicando a força e a direção da relação linear. A correlação varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo destes valores mais forte é a correlação. Se o valor for zero (0), então a correlação é inexistente; se a correlação for negativa então as variáveis variam

inversamente e, no caso de ser positiva, ambas as variáveis tem uma relação no mesmo sentido.

A inferência estatística teve por base o valor de significância 5% ($p=0,05$). Caso o valor p obtido no teste estatístico seja inferior ou igual a 0,05 ($p<0,05$) significa que existe relação significativa entre as duas variáveis, enquanto se o valor p for superior a 0,05 ($p>0,05$) não se verifica a existência de relação ou diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.

No decorrer deste capítulo, primeiramente serão apresentados os dados referentes à análise descritiva.

Para que fosse possível realizar os testes estatísticos, algumas categorias cujo número de indivíduos era muito pequeno, foram agregadas com outras categorias. Nomeadamente na variável idade, região de residência e habilitações literárias.

3.1. Caracterização da amostra

No que respeita ao número de questionários contabilizados, obtiveram-se 106 respostas, contudo após uma análise cuidada, foram considerados válidos apenas 105 questionários, sendo este o valor da amostra.

Tal como se pode observar na Tabela 4.1, que resume as frequências das variáveis sociodemográficas, o estudo conta com a participação de indivíduos de ambos os sexos, predominantemente do género feminino (81,9%), com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos, tendo uma média de 32,57 (SD=12,32). Ao estratificar-se esta variável por faixa etária constata-se que 48,6% dos indivíduos encontram-se entre os 18 e os 29 anos.

Do total dos participantes, 3,8% relatam ter um rendimento mensal por agregado familiar menor do que 655€, 42,9% têm uma renda entre 655€ e 1309€, enquanto 53,3% afirmam ter uma renda superior a 1309€.

A maioria dos participantes (76,2%), apresenta como habilitação literária o ensino superior, enquanto 23,8% apresentam apenas ensino até ao secundário.

Um total de 57,1% dos participantes vivem na região de Lisboa, 35,3% vivem na região Norte do país, sendo que os restantes se distribuem pelo resto do país.

A maioria dos participantes (80%), relata não ter filhos menores (< 18 anos) a seu cargo.

Tabela 4.1- Frequências das variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	N	%
Total	105	100
Género		
Masculino	19	18,1
Feminino	86	81,9
Faixa etária		
18-29	51	48,6
30-44	33	31,4
45-50	17	16,2
>60	4	3,8
Habilitações literárias		
Até ensino secundário	25	23,8
Ensino superior	80	76,2
Rendimento mensal por agregado familiar		
Menos do que 655€	4	3,8
Entre 655€ e 1309€	45	42,9
Mais do que 1309€	56	53,3
Região de residência		
Norte	37	35,2
Centro	3	2,9
Lisboa	60	57,1
Alentejo	-	-
Algarve	1	1
Arquipélago dos Açores	-	-
Arquipélago da Madeira	4	3,8
Ter filhos < 18 anos		
Sim	21	20
Não	84	80

3.2. Fiabilidade do instrumento de recolha de dados

A avaliação da consistência interna do HLS-COVID-Q22 desta amostra apresenta valores elevados (*alfa de Cronbach* $\alpha= 0,93$), sendo que as quatro escalas se comportam igualmente com elevados níveis de consistência interna: subescala “aceder” $\alpha=0,88$; subescala “compreender” $\alpha=0,87$; subescala “avaliar” $\alpha=0,80$; subescala “aplicar” $\alpha=0,80$ (Tabela 4.2)

Tabela 4.2. - Coeficiente de Alfa de Cronbach

	<i>Alfa de Cronbach</i>	Nº de afirmações
HLS-COVID-Q22	0,93	22
Subescala “aceder”	0,88	6
Subescala “compreender”	0,87	6
Subescala “avaliar”	0,80	5
Subescala “aplicar”	0,80	5

3.3. Literacia em Saúde

Nesta amostra, 100% dos indivíduos apresenta Literacia em Saúde sobre a COVID-19 suficiente. A média de *scores* de LS-COVID-19, é de 3,59 (SD=0,28).

Na Tabela 4.3 estão descritas as médias e as frequências dos itens do questionário HLS-COVID-Q22.

Uma vez que as pontuações médias são baseadas nas respostas que variam de 1 a 4, em que 1 corresponde a “muito difícil” e 4 corresponde a “muito fácil”, quanto maior for o valor, maior a facilidade dos indivíduos em aceder, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas com a saúde no contexto da pandemia.

Todas as tarefas abordadas pelo HLS-COVID-Q22 foram consideradas fáceis ou muito fáceis para a maioria dos indivíduos (média=3,36).

Do conjunto de respostas dadas, destacam-se 3 itens, como sendo aqueles com maior *score* médio: “Encontrar informações na Internet sobre comportamentos que ajudarão a prevenir a infeção pela COVID-19” (média=3,57); “Encontrar informações na Internet sobre a COVID-19” (média=3,54); “Comportar-me de forma a não infetar outras pessoas” (média=3,54). Em contrapartida os itens que apresenta uma pontuação média menor foram “Entender o que encontro em jornais, revistas ou televisão sobre os riscos da COVID-19” (média=3,24), “Com a ajuda de informações dos MCS, decidir como lidar

com uma possível infecção por COVID-19” (média=3,25), e “Com a ajuda de informações dos MCS, decidir como lidar com uma possível infecção por COVID -19” (média=3,25). Podemos assim constatar que os itens que avaliam a confiança por parte dos MCS são aqueles que apresentam menores pontuações médias, e aqueles que os participantes consideram menos fáceis.

Tabela 4.3 - Frequências e pontuações médias para os itens do HLS-COVID-Q22

SUB-ESCALA	#	Itens	Score médio LS-COVID-19 (SD)	Fácil	Muito fácil
ACEDER	1	Encontrar informações na Internet sobre a COVID-19	3,54 (0,50)	45,7	54,3
	2	Encontrar informações na Internet sobre comportamentos que ajudarão a prevenir a infecção pela COVID-19	3,57 (0,49)	42,9	57,1
	3	Encontrar informações em jornais, revistas e na TV sobre comportamentos que podem ajudar a prevenir a infecção pela COVID-19	3,31 (0,47)	68,6	31,4
	4	Encontrar informações sobre como posso saber se for infetado com COVID-19	3,37 (0,49)	62,9	37,1
	5	Descobrir onde posso obter ajuda profissional no caso de uma infecção por COVID-19	3,38 (0,49)	61,9	38,1
	6	Encontrar informações sobre o risco de contrair a COVID-19	3,43 (0,49)	57,1	42,9
COMPREENDER	7	Compreender as instruções do meu médico, farmacêutico ou enfermeiro sobre as medidas de proteção contra a infecção por COVID-19	3,46 (0,50)	54,3	45,7
	8	Compreender as recomendações das autoridades em relação às medidas de proteção contra a infecção por COVID -19	3,32 (0,47)	67,6	32,4
	9	Compreender os conselhos de familiares ou amigos sobre as medidas de proteção contra a infecção por COVID -19	3,26 (0,44)	74,3	25,7
	10	Entender as informações nos MCS sobre como me proteger contra a infecção por COVID -19	3,30 (0,46)	70,5	27,6

	11	Entender o que encontro na Internet sobre os riscos da COVID -19	3,28 (0,45)	72,4	27,6
	12	Entender o que encontro em jornais, revistas ou televisão sobre os riscos da COVID -19	3,24 (0,43)	76,8	23,8
AVALIAR	13	Avaliar se as informações sobre a COVID -19, e a pandemia nos MCS são confiáveis	3,15 (0,36)	84,8	15,2
	14	Avaliar quais os comportamentos que representam um risco particularmente alto de infecção por COVID -19	3,35 (0,48)	64,8	35,2
	15	Avaliar quais as medidas de proteção que devo tomar contra a infecção por COVID -19	3,48 (0,50)	52,4	47,6
	16	Avaliar o risco de contrair a COVID -19	3,34 (0,48)	65,7	34,3
	17	Avaliar se poderia ser infetado/a com COVID-19	3,28 (0,45)	72,4	27,6
APLICAR	18	Com base nas informações dos MCS, decidir como me proteger da infecção por COVID -19	3,30 (0,46)	69,5	30,5
	19	Seguir as instruções do meu médico ou farmacêutico sobre como lidar com a COVID -19	3,45 (0,50)	55,2	44,8
	20	Com a ajuda das informações do meu médico ou farmacêutico, decidir como lidar com uma possível infecção por COVID -19	3,40 (0,49)	60	40
	21	Com a ajuda de informações dos MCS, decidir como lidar com uma possível infecção por COVID -19	3,25 (0,43)	75,2	24,8
	22	Comportar-me de forma a não infetar outras pessoas	3,54 (0,50)	45,7	54,3
		TOTAL	3,59 (0,28)		

3.4. Sentir-se Informado ou Confuso com informações sobre a COVID-19

Um dos objetivos do estudo consiste em avaliar a forma como os adultos portugueses experienciam a infodemia em saúde durante a pandemia da COVID-19. Para tal, foram usados dois itens gerais para abordar as perceções individuais sobre as informações relacionadas com a COVID-19.

Tal como é possível observar na Tabela 4.4, constata-se que, a maioria dos indivíduos (71,4%) sente-se bem informado sobre a COVID-19, e também uma grande parte dos indivíduos (51,4%) não se sente quase nada confuso com todas as informações sobre a COVID-19.

Os indivíduos com maior rendimento mensal relatam sentir-se bem informados sobre a COVID-19, comparativamente com os indivíduos com menor rendimento mensal. Em contrapartida, os indivíduos que apresentam um rendimento mensal superior, também são aqueles que relatam sentir-se mais confusos com todas as informações sobre a COVID-19, em relação àqueles que têm um rendimento mensal mais baixo.

Aqueles que apresentam habilitações literárias mais elevadas, são aqueles que se sentem bem ou muito bem informados sobre a COVID-19 (93,8%), e menos confusos com as informações da COVID-19 (56,3%), em comparação com os indivíduos que apenas têm até ao ensino secundário.

As mulheres relatam sentir-se mais confusas (48,8%) com todas as informações sobre a COVID-19, em comparação com os homens (47,4%).

Tabela 4.4 - Frequências dos itens "Sentir-se informado" e "Sentir-se confuso" segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	Sentir-se bem informado sobre a COVID-19 (%)				Sentir-se confuso com todas as informações sobre a COVID-19 (%)		
	Nada bem	Não tão bem	Bem	Muito bem	Sim, muito confuso	Sim, um pouco confuso	Não, quase nada confuso
Total	1	6,7	71,4	21	1,9	46,7	51,4
Género							
Masculino	0	0	89,5	10,5	0	47,4	52,6
Feminino	1,2	8,1	67,4	23,3	2,3	46,5	51,2
Faixa etária							
18-29	2	3,9	68,6	25,5	2	43,1	54,9
30-44	0	9,1	72,7	18,2	3	48,5	48,5
45-50	0	11,8	70,6	17,6	0	52,9	47,1
>60	0	0	100	0	0	50	50
Habilitações literárias							
Até ensino secundário	0	12	76	12	0	64	36
Ensino superior	1,3	5	70	23,8	2,5	41,3	56,3
Rendimento mensal por agregado familiar							
Menos do que 655€	0	0	100	0	0	75	25
Entre 655€ e 1309€	2,2	11,1	66,7	20	2,2	51,1	46,7

Mais do que 1309€	0	3,6	73,2	23,2	1,8	41,1	57,1
Região de residência							
Norte	2,7	8,1	70,3	18,9	2,7	51,4	45,9
Centro	0	0	100	0	0	33,3	66,7
Lisboa	0	6,7	71,7	21,7	1	43,3	55
Alentejo	-	-	-	-	-	-	-
Algarve	0	0	0	100	0	0	100
Arquipélago dos Açores	-	-	-	-	-	-	-
Arquipélago da Madeira	0	0	75	25	0	75	25
Ter filhos < 18 anos							
Sim	0	9,5	66,7	23,8	4,8	47,6	47,6
Não	1,2	6	72,6	20,2	1,2	46,4	52,4

3.5. Análise da Literacia em Saúde segundo as variáveis sociodemográficas

De forma a averiguar a associação entre a LS-COVID-19 e as variáveis sociodemográficas, foram realizados testes estatísticos, sendo os resultados apresentados de seguida.

Como se pode verificar na Tabela 4.5, as variáveis: faixa etária ($p=0,98$), rendimento familiar por agregado familiar ($p=0,39$), região de residência ($p=0,14$) e, ter filhos <18 anos ($p=0,68$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto ao *score* médio de LS-COVID-19, uma vez que o nível de significância dos testes (valor p) é superior ao nível de significância de 5%.

Por outro lado, as variáveis: género ($p=0,03$) e habilitações literárias ($p=0,00$), apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto ao *score* médio do LS-COVID-19. Os indivíduos do sexo feminino apresentam um *score* médio de LS-COVID-19 superior (3,63), comparativamente aos indivíduos do sexo masculino (3,42).

Relativamente às habilitações literárias, os indivíduos que afirmam ter o ensino superior apresentam um *score* médio de LS-COVID-19 superior (3,64), em relação àqueles que apenas têm educação até ao ensino secundário (3,43).

Tabela 4.5 - LS relacionada com a COVID-19 segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	Score médio LS- COVID-19 (SD)	N	Valor p
Total	3,59 (0,28)	105	-
Género			
Masculino	3,42 (0,21)	19	0,03 ^a
Feminino	3,63 (0,28)	86	
Faixa etária			
18-29	3,60 (0,29)	51	0,98 ^b
30-44	3,59 (0,26)	33	
45-50	3,58 (0,31)	17	
>60	3,54 (0,137)	4	
Habilitações literárias			
Até ensino secundário	3,43 (0,27)	25	0,00 ^d
Ensino superior	3,64 (0,27)	80	
Rendimento mensal por agregado familiar			
Menos do que 655€	3,40 (0,89)	4	0,39 ^b
Entre 655€ e 1309€	3,61 (0,41)	45	
Mais do que 1309€	3,59 (0,04)	56	
Região de residência			
Norte	3,61 (0,29)	37	0,14 ^c
Centro	3,48 (0,38)	3	
Lisboa	3,61 (0,26)	60	
Alentejo	-	-	
Algarve	-	1	
Arquipélago dos Açores	-	-	
Arquipélago da Madeira	3,23 (0,23)	4	
Ter filhos < 18 anos			
Sim	3,57 (0,58)	21	0,68 ^a
Não		84	

a) teste t-student; b) ANOVA; c) Kruskal-Wallis; d) Mann-Whitney

3.6. Análise da Literacia em Saúde, e a Gestão da Infodemia

De forma a estudar a relação entre a variável dependente *score* médio de LS-COVID-19, e os itens “Sentir-se informado sobre a COVID-19” e “Sentir-se confuso com todas as informações da COVID-19”, aplicou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*.

Assim, tal como é possível observar na Tabela 4.6, o “Sentir-se confuso com todas as informações da COVID-19” apresenta uma correlação mais forte com o *score* médio de LS-COVID-19 ($\rho=0,361$), comparativamente com o “Sentir-se informado sobre a COVID-19”, ($\rho=0,303$) ainda que as duas variáveis apresentem uma correlação positiva e significativa.

Tabela 4.6 - Correlação entre a LS relacionada com a COVID-19 e o "Sentir-se informado" e "Sentir-se confuso" sobre a COVID-19

	Pearson	Valor p
Sentir-se informado sobre a COVID-19	0,303	0,002
Sentir-se confuso com todas as informações sobre a COVID-19	0,361	0,00

Apresentada a metodologia e os resultados encontrados no estudo que avaliou a LS relacionada com a COVID-19, e a sua relação com a infodemia, a discussão que se segue pretende explicar os resultados encontrados à luz da evidencia existente.

Verifica-se que 100% dos indivíduos apresenta LS-COVID-19 suficiente, e os *scores* médios mostram que foi fácil ou muito fácil para os participantes, lidarem com informações sobre a COVID-19. Estes resultados não estão de acordo com estudos anteriores sobre a LS em geral de adultos em Portugal: O HLS-EU¹² aplicado em Portugal identificou que 38,5% apresenta LS suficiente ou excelente, enquanto o inquérito sobre a LS³⁰, realizado em Portugal por uma equipa do CIES-IUL mostrou dados superiores - 50% dos portugueses tinham um nível de LS “excelente” ou “suficiente”. Apesar do aumento dos níveis de LS entre estes dois estudos, nenhum deles é comparável com os resultados obtidos no presente estudo, e isto pode ser explicado com o facto de o questionário ter sido divulgado pela rede de contactos da investigadora, o que pode ter limitado a heterogeneidade da amostra. Também o facto de o questionário ter sido divulgado *via online*, pode ter contribuído para estes resultados, uma vez que quem não tem acesso à Internet não conseguiu ter acesso, nem preencher o questionário.

Todos os participantes relatam bastante facilidade para todos os itens abordados no questionário. Isto pode ser explicado pois a adesão às medidas e às restrições impostas pelo governo e pelos agentes de saúde pública foi muito alta em Portugal, ou seja, diversas informações sobre a COVID-19 e as suas recomendações foram seguidas adequadamente por toda a população. Além disso, as informações são muito específicas para a COVID-19, simples e fáceis de entender e aplicar (como por exemplo, lavar as mãos, manter distanciamento físico, usar máscara, evitar ajuntamentos).

Relativamente aos itens abrangidos na subescala “aceder” (#1-6), a maioria dos participantes relata ser muito fácil aceder a informações na Internet sobre a COVID-19, ou sobre comportamentos que ajudarão a prevenir a infeção pela COVID-19. Estes dados vão de encontro aos dados do estudo REACT-COVID: Inquérito sobre Alimentação e Atividade Física em Contexto de Contenção Social ⁵⁴, que destacou que 94,4% dos indivíduos consegue aceder a informação sobre COVID-19.

No que diz respeito à sub-escala “compreender” (#7-12), a maioria dos indivíduos relata ter facilidade em compreender/entender as instruções do médico, farmacêutico ou enfermeiro, as recomendações das autoridades de saúde, os conselhos de familiares

ou amigos, as informações nos MCS ou na Internet sobre a COVID-19. Estes dados vão também de encontro aos dados do estudo REACT-COVID: Inquérito sobre Alimentação e Atividade Física em Contexto de Contenção Social ⁵⁴, que destacou que 56,3% dos participantes afirma nunca, ou apenas às vezes, sentir dificuldade em compreender informação de saúde sobre a COVID-19. Estes resultados foram também encontrados no estudo realizado por Gani *et al.*⁵⁵ onde foi relatada uma maior confiança em fontes de informação como os profissionais e as autoridades de saúde, comparativamente com as informações provenientes dos MCS. Assim, podemos concluir que os profissionais de saúde são um fator-chave para a promoção da LS junto da população, e por isso mesmo a importância do Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde²², desenvolvido pela DGS, com o objetivo de contribuir para o aumento dos níveis de LS da população portuguesa.

As sub-escalas “avaliar” (#13-17) e “aplicar” (#18-22) são as que apresentam resultados inferiores na opção de resposta “muito fácil”. Apenas para 15,2% dos indivíduos é muito fácil avaliar se as informações sobre a COVID-19, e a pandemia nos MCS são confiáveis, isto pode ser explicado pelo facto das informações sobre a COVID-19 estarem a mudar constantemente. Estes resultados não são semelhantes aqueles encontrados por Okan *et al.*²⁹ – para 20,9% é difícil decidir como se proteger da infeção pela COVID-19 com base nas informações dos MCS. Estas diferenças entre os dois estudos podem ser explicadas pela altura em que os dados foram recolhidos: no estudo de Okan *et al.*²⁹ os dados foram recolhidos durante a primeira vaga da pandemia na Alemanha, quando o tópico COVID-19 era uma novidade, e as informações eram provenientes de todos os MCS. Em Portugal, os dados foram recolhidos apenas na quinta vaga da pandemia, quando as pessoas aparentavam estar mais cientes sobre todas as informações sobre a COVID-19.

Podemos assim constatar que os itens que avaliam a confiança por parte dos MCS são aqueles que apresentam menores *scores* médios de LS-COVID-19, e aqueles que os participantes consideram menos fáceis. A baixa confiança nas informações de saúde pode causar problemas durante a pandemia, especialmente no que diz respeito à infodemia em curso e às disseminações sobre a COVID-19, pondo em perigo o sucesso das medidas de prevenção⁴⁵, especialmente em pessoas com baixos níveis de LS. Especialmente durante um período de crise de saúde pública como a pandemia pela COVID-19 é importante que a população tenha conhecimento e competências para lidar com informações de saúde de forma adequada, assim torna-se fundamental promover

a LS sobre a COVID-19, dado pode ajudar as pessoas a identificar fontes confiáveis de informação e investigar quais informações podem ser enganosas.

“A Comunicação é um eixo essencial na preparação e resposta a uma emergência em Saúde Pública, sendo fulcral garantir a confiança na informação prestada, clareza, transparência, rapidez, respondendo de forma efetiva às preocupações da população”

13.

Um total de 92,4% dos participantes sente-se bem ou muito bem informado sobre a COVID-19, e 51,4% não se sente quase nada confuso com todas as informações sobre a COVID-19. Estes resultados devem-se em parte às campanhas de sensibilização de Saúde Pública realizadas em Portugal – os principais canais de televisão em Portugal realizaram uma iniciativa conjunta e partilharam de forma simultânea o procedimento que deve ser adotado em caso de sintomas COVID-19; a *Google* e o *Facebook* juntaram-se para a disseminação de informação e de recomendações; e ainda a colaboração com influenciadores foi amplamente utilizada como aposta de comunicação, para permitir uma proximidade na transmissão da mensagem¹³.

Os indivíduos com um rendimento mensal menor, sentem-se menos informados sobre a COVID-19, isto pode-se dever ao facto destes indivíduos necessitarem de informações mais específicas sobre o contexto da COVID-19 como por exemplo informações sobre desemprego, apoios da segurança social, entre outros⁵⁵.

Tal como no estudo de Okan *et al.*²⁹, os indivíduos mais jovens referem ficar mais confusos, e sentirem-se menos informados sobre a COVID-19 em comparação com participantes mais velhos, e isto pode ser explicado pelo uso mais prevalente dos MCS por parte dos jovens, e uma maior exposição a informações.

Da análise da LS-COVID-19 relativamente às variáveis sociodemográficas, apenas as variáveis género e habilitações literárias apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto ao *score* médio da LS-COVID-19.

Os indivíduos do sexo feminino apresentam um *score* médio de LS-COVID-19 superior (3,63), comparativamente aos indivíduos do sexo masculino (3,42). No HLS-EU-PT¹² no que diz respeito ao género, homens e mulheres têm níveis de LS geral semelhantes. No entanto na subdimensão LS de Cuidados de Saúde os homens têm níveis de LS ligeiramente inferiores às mulheres, contrariamente às subdimensões LS de Prevenção da Doença e LS de Promoção da Saúde, onde as mulheres têm níveis de LS ligeiramente superiores. A semelhança dos resultados do presente estudo com o HLS-

EU-PT, apenas nas subdimensões LS de Prevenção da Doença e LS de Promoção da Saúde, pode ser explicada pelo facto do HLS-COVID-Q22 apresentar itens muito focados nestas duas dimensões.

Relativamente às habilitações literárias, os indivíduos que afirmam ter o ensino superior apresentam um *score* médio de LS-COVID-19 superior (3,64), em relação com aqueles que apenas tinham até ao ensino secundário (3,43), tal como também foi possível observar no estudo de Okan *et al.*²⁹. Estes resultados são comparáveis ao que foi encontrado quando o HLS-EU¹² foi aplicado em Portugal, onde se verificou que à medida que o nível de escolaridade aumenta, os níveis de LS tendem a ser superiores. O ILS-PT³⁰ registou também que 60% dos indivíduos que se encontram num grupo muito vulnerável (ex: pessoas com mais de 65 anos, ou pessoas com baixos níveis de escolaridade) registam níveis de literacia mais baixos.

Não nos podemos esquecer que a LS não é um problema individual isolado, e deve ser analisado segundo uma visão holística, por isso a importância do Plano de Ação para a LS 2019-2021¹⁸ desenvolvido pela DGS que defende que as abordagens da LS devem contemplar as especificidades de cada fase de desenvolvimento, sendo a LS uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida, desde a conceção ao envelhecimento.

No que diz respeito à análise da existência de relação entre os níveis de LS-COVID-19, e a gestão da infodemia por parte dos indivíduos, o presente estudo encontrou uma relação positiva fraca. A LS-COVID-19 e o sentir-se informado apresentam uma relação diretamente proporcional ($p=0,303$), em que quanto maior a LS-COVID-19, mais informados os indivíduos se sentem. A LS-COVID-19 e o sentir-se confuso com todas as informações também apresentam uma relação diretamente proporcional ($p=0,361$), em que quanto maior a LS-COVID-19, menos confusos se sentem os indivíduos. Ou seja, quanto mais informados e menos confusos se sentirem os indivíduos, mais elevados serão os níveis de LS-COVID-19.

Foi encontrado na literatura que promover a LS, a aquisição de competências e a confiança para lidar com a grandes quantidades de informações numa infodemia, não traz benefícios apenas no contexto da pandemia causada pela COVID-19. Além disso, eles também são úteis em diferentes áreas da saúde pública, como aumentar a capacidade para pensar criticamente no sentido de antecipar problemas de saúde, ou encontrar soluções para esses problemas; aumentar a capacidade de autonomia de forma a movimentar-se num sistema de saúde; capacidade para comunicar eficazmente

informações de saúde; o que vai gerar cidadãos mais responsáveis e proativos no sentido de manter a sua comunidade saudável²².

O presente estudo, como qualquer investigação, apresentou algumas limitações comuns no desenvolvimento, como sejam o método de divulgação do questionário, e a altura da recolha de dados.

Os dados foram recolhidos apenas por via *online*, o que faz com que seja possível que algumas pessoas que não usem a Internet tenham sido excluídas deste estudo.

O questionário foi partilhado via *online* através de redes sociais, páginas socioprofissionais, e divulgação por correio eletrónico pela investigadora principal e através da sua rede de contactos, o que limita a heterogeneidade da amostra recolhida, e também o que explica os resultados favoráveis deste estudo.

Para melhorar estes fatores seria aconselhável recolher dados via telemóvel ou entrevistas pessoais, uma vez que estes meios de autorrelato normalmente são um método mais abrangente de toda a população, e mais confiável para medir indicadores subjetivos como a LS-COVID-19.

Os resultados favoráveis do estudo relativamente à LS-COVID-19 podem ser explicados pelo facto desta ter sido realizada depois da quinta vaga da pandemia em Portugal (entre fevereiro de março de 2022), quando as informações sobre o tema já não eram novidade, já não eram tão frequentes nos meios de comunicação social e na Internet, e as pessoas já aparentavam estar cientes da maior parte das medidas e informações sobre a COVID-19.

A atual crise da COVID-19 foi a primeira pandemia a ser “transmitida ao vivo” nos Meios de Comunicação Social, e trouxe a Literacia em Saúde para os fóruns de discussão.

Para avaliar a LS relacionada com a COVID-19 foi utilizado o questionário HLS-COVID-Q22, até à data nunca aplicado na população portuguesa.

Assim, respondendo ao objetivo geral do presente estudo verifica-se que os indivíduos que se sentem melhor informados e menos confusos, ou seja que a infodemia não os afete de uma forma negativa, apresentam níveis mais elevados de LS relacionada com a COVID-19, e assim conseguem navegar mais facilmente num sistema de saúde, quando o foco é a COVID-19.

Durante a quinta vaga da pandemia provocada pela COVID-19 e a infodemia, toda a amostra recolhida relatou ter LS-COVID-19 suficiente. Durante o mesmo período a amostra relatou ser fácil julgar informações mediáticas sobre a COVID-19. Apesar dos valores favoráveis deste estudo, existe ainda uma necessidade de promover a LS-COVID-19 para a população saber viver numa infodemia, identificar desinformação e tomar decisões baseadas em evidencia científica. É fundamental que os canais de comunicação sejam mais proativos nos desafios de comunicação de risco relacionados com a COVID-19.

A COVID-19 trouxe uma crise no sistema de saúde, e colocou um fardo sem precedentes no sistema de saúde, assim sendo cada vez mais, as estratégias de promoção da LS devem ser incluídas no discurso da saúde em todos os níveis - internacional, nacional e, em particular, ao nível local - e devem ser encaradas como investimentos sólidos e sustentáveis e de suporte à gestão estratégica e à decisão política na área da Saúde.

A promoção da LS da população portuguesa é uma prioridade de saúde pública, mas há ainda um caminho a percorrer. No entanto, o trabalho de promoção de LS em Portugal está fragmentado, e não há uma partilha de abordagens metodológicas e experiências. Assim, considera-se fundamental e urgente a conceção e implementação de uma Estratégia Nacional de Literacia em Saúde.

Referências Bibliográficas

- (1) Loureiro, I.; Miranda, N.; Pereira Miguel, J. M. Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2013, 31 (1), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>.
- (2) Povlsen, L.; Borup, I. Health Promotion: A Developing Focus Area over the Years. *Scand J Public Health* 2015, 43, 46–50. <https://doi.org/10.1177/1403494814568595>.
- (3) Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Entenda a Infodemia e a Desinformação Na Luta Contra a COVID-19.
- (4) Udugama, B.; Kadhiresan, P.; Kozlowski, H. N.; Malekjahani, A.; Osborne, M.; Li, V. Y. C.; Chen, H.; Mubareka, S.; Gubbay, J. B.; Chan, W. C. W. Diagnosing COVID-19: The Disease and Tools for Detection. *ACS Nano* 2020, 14 (4), 3822–3835. <https://doi.org/10.1021/acsnano.0c02624>.
- (5) Ferreira, G. B. Quando as Notícias Importam: Fontes, Confiança e Desinformação Em Tempos de Covid-19. Coleção ICNOVA 2021. <https://doi.org/10.34619/66ST-JR20>.
- (6) Van den Broucke, S. Why Health Promotion Matters to the COVID-19 Pandemic, and Vice Versa. *Health Promotion International* 2020, 35 (2), 181–186. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>.
- (7) Malloy-Weir, L. J.; Charles, C.; Gafni, A.; Entwistle, V. A Review of Health Literacy: Definitions, Interpretations, and Implications for Policy Initiatives. *J Public Health Pol* 2016, 37 (3), 334–352. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.18>.
- (8) Alvarez-Risco, A.; Mejia, C. R.; Delgado-Zegarra, J.; Del-Aguila-Arcentales, S.; Arce-Esquivel, A. A.; Valladares-Garrido, M. J.; Rosas del Portal, M.; Villegas, L. F.; Curioso, W. H.; Sekar, M. C.; Yáñez, J. A. The Peru Approach against the COVID-19 Infodemic: Insights and Strategies. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2020, 103 (2), 583–586. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0536>.
- (9) Sentell, T.; Vamos, S.; Okan, O. Interdisciplinary Perspectives on Health Literacy Research Around the World: More Important Than Ever in a Time of COVID-19. *IJERPH* 2020, 17 (9), 3010. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093010>.
- (10) Dash, S.; Parray, A. A.; De Freitas, L.; Mithu, M. I. H.; Rahman, M. M.; Ramasamy, A.; Pandya, A. K. Combating the COVID-19 Infodemic: A Three-Level Approach

- for Low and Middle-Income Countries. *BMJ Glob Health* 2021, 6 (1). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004671>.
- (11) Nutbeam, D. Defining and Measuring Health Literacy: What Can We Learn from Literacy Studies? *Int J Public Health* 2009, 54 (5), 303–305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>.
- (12) Pedro, A. R.; 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), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>.
- (13) Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS); Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar; Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Literacia Em Saúde e a COVID-19: Plano, Prática e Desafios, 2020.
- (14) OMS. A Promoção a Saúde - Carta de Ottawa.
- (15) Nunes, E. Celebração do 25.º Aniversário da Carta de Ottawa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2011, 29 (2), 200–202. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70024-4](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70024-4).
- (16) Kirk, M.; Tomm-Bonde, L.; Schreiber, R. Public Health Reform and Health Promotion in Canada. *Glob Health Promot* 2014, 21 (2), 15–22. <https://doi.org/10.1177/1757975913512157>.
- (17) World Health Organization. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions>.
- (18) Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano de Ação Para a Literacia Em Saúde 2019-2021 - Portugal, 2019.
- (19) Nutbeam, D. The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine* 2008, 67 (12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.
- (20) Direção-Geral da Saúde – SNS. Promoção da Saúde e Prevenção da Doença: Programas de Saúde Prioritários. <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/promocao-da-saude-e-prevencao-da-doenca>.
- (21) República Portuguesa. Medidas Na Área Da Promoção Da Saúde Aplaudidas Pela CE.
- (22) Freitas, G.; Costa, A. J.; M. Arriaga; Santos, B. D. Capacitação Dos Profissionais De Saúde Manual De Boas Práticas Literacia Em Saúde República Portuguesa, 2019. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>.

- (23) Nutbeam, D.; World Health Organization. Health Promotion Glossary. Health Promotion International 1998, 13 (4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.
- (24) Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. JAMA: The Journal of the American Medical Association 1999, 281 (6), 552–557. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>.
- (25) Kickbusch, I; Wait, S; Maag, D. Navigating Health: The Role of Health Literacy; Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK: Londres, 2005.
- (26) Sørensen, K.; Messer, M.; Okan, O. COVID-19: a guide to good practice on keeping people well informed. The Conversation. <http://theconversation.com/covid-19-a-guide-to-good-practice-on-keeping-people-well-informed-134046>.
- (27) (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European; Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health 2012, 12 (1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- (28) Berkman, N. D.; Davis, T. C.; McCormack, L. Health Literacy: What Is It? Journal of Health Communication 2010, 15 (sup2), 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>.
- (29) Okan, O.; Bollweg, T. M.; Berens, E.-M.; Hurrelmann, K.; Bauer, U.; Schaeffer, D. Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. IJERPH 2020, 17 (15), 5503. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155503>.
- (30) Fundação Calouste Gulbenkian; Centro de Investigação e Estudos de Sociologia; Instituto Universitário de Lisboa. Literacia Em Saúde Em Portugal: Relatório Síntese, 2015.
- (31) Ação para a Literacia em Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/15/acao-para-a-literacia-em-saude/> (accessed 2022-04-20).
- (32) Diário da República. Ministério da Saúde. Despacho n.º 6430/2017. Literacia Para a Segurança Dos Cuidados de Saúde. Diário Da República 2ª Série 142 15407. 2017;6434.

- (33) Umakanthan, S.; Sahu, P.; Ranade, A. V.; Bukelo, M. M.; Rao, J. S.; Abrahao-Machado, L. F.; Dahal, S.; Kumar, H.; Kv, D. Origin, Transmission, Diagnosis and Management of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Postgrad Med J* 2020, 96 (1142), 753–758. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138234>.
- (34) Sharma, A.; Ahmad Farouk, I.; Lal, S. K. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. *Viruses* 2021, 13 (2), 202. <https://doi.org/10.3390/v13020202>.
- (35) Liu, T.; Xiao, X. A Framework of AI-Based Approaches to Improving EHealth Literacy and Combating Infodemic. *Front. Public Health* 2021, 9, 755808. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.755808>.
- (36) Anwar, A.; Malik, M.; Raees, V.; Anwar, A. Role of Mass Media and Public Health Communications in the COVID-19 Pandemic. *Cureus* 2020. <https://doi.org/10.7759/cureus.10453>.
- (37) COVID Live - Coronavirus Statistics - Worldometer. <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (accessed 2022-04-20).
- (38) Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Literacia Em Saúde e Comunicação Na Promoção à Adesão à Vacinação Contra a COVID-19, 2021.
- (39) Paakkari, L.; Okan, O. COVID-19: Health Literacy Is an Underestimated Problem. *The Lancet Public Health* 2020, 5 (5), e249–e250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4).
- (40) McCaffery, K.; Dodd, R.; Cvejic, E.; Ayre, J.; Isautier, J.; Copp, T.; Bonner, C.; Pickles, K.; Nickel, B.; Dakin, T.; Cornell, S.; Wolf, M. Health Literacy and Disparities in COVID-19–Related Knowledge, Attitudes, Beliefs and Behaviours in Australia. *Public Health Res Pract.* 2020, 30 (4). <https://doi.org/10.17061/phrp30342012>.
- (41) Eysenbach, G. Infodemiology and Infoveillance: Framework for an Emerging Set of Public Health Informatics Methods to Analyze Search, Communication and Publication Behavior on the Internet. *J Med Internet Res* 2009, 11 (1), e11. <https://doi.org/10.2196/jmir.1157>.
- (42) Naeem, S. B.; Bhatti, R. The Covid-19 ‘Infodemic’: A New Front for Information Professionals. *Health Info Libr J* 2020, 37 (3), 233–239. <https://doi.org/10.1111/hir.12311>.
- (43) Tangcharoensathien, V.; Calleja, N.; Nguyen, T.; Purnat, T.; D’Agostino, M.; Garcia-Saiso, S.; Landry, M.; Rashidian, A.; Hamilton, C.; AbdAllah, A.; Ghiga, I.; Hill, A.; Hougendobler, D.; van Andel, J.; Nunn, M.; Brooks, I.; Sacco, P. L.; De

- Domenico, M.; Mai, P.; Gruzd, A.; Alaphilippe, A.; Briand, S. Framework for Managing the COVID-19 Infodemic: Methods and Results of an Online, Crowdsourced WHO Technical Consultation. *J Med Internet Res* 2020, 22 (6). <https://doi.org/10.2196/19659>.
- (44) Okan, O.; Messer, M.; Levin-Zamir, D.; Paakkari, L.; Sørensen, K. Health Literacy as a Social Vaccine in the COVID-19 Pandemic. *Health Promotion International* 2022. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab197>.
- (45) Tran, T. V.; Nguyen, H. C.; Pham, L. V.; Nguyen, M. H.; Nguyen, H. C.; Ha, T. H.; Phan, D. T.; Dao, H. K.; Nguyen, P. B.; Trinh, M. V.; Do, T. V.; Nguyen, H. Q.; Nguyen, T. T. P.; Nguyen, N. P. T.; Tran, C. Q.; Tran, K. V.; Duong, T. T.; Pham, H. X.; Nguyen, L. V.; Vo, T. T.; Do, B. N.; Duong, T. H.; Pham, M. K.; Pham, T. T. M.; Nguyen, K. T.; Yang, S.-H.; Chao, J. C. J.; Duong, T. V. Impacts and Interactions of COVID-19 Response Involvement, Health-Related Behaviours, Health Literacy on Anxiety, Depression and Health-Related Quality of Life among Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study. *BMJ Open* 2020, 10 (12), e041394. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041394>.
- (46) Fortin, M.-F. *O Processo de Investigação Da Concepção à Realização*; Lusodidacta, 2003.
- (47) Cervo, A. L.; Bervian, P. A. A. *Metodologia Científica*, 5th ed.; São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- (48) Aguiar e Silva, V. M. *Teoria e Metodologia Literárias*; Universidade Aberta: Lisboa, 2004.
- (49) IBM SPSS. *Guia Do Usuário Do Sistema Principal Do IBM SPSS Statistics 24*.
- (50) Fortin, M. *Fundamentos e Etapas Do Processo de Investigação*; Lusodidacta: Lisboa, 2009.
- (51) Hill, M. M.; Hill, A. *Investigação por questionário*; Silabo: Lisboa, 2008.
- (52) Röthlin, F.; Pelikan, J.; Ganahl, K. *Die Gesundheitskompetenz von 15-Jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht Der Österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie Im Auftrag Des Hauptverbands Der Österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)*. Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH: Vienna, Austria 2013.
- (53) Regulamento(UE) n.º 679/2016, de 27 de Abril.
- (54) Portugal. Ministério da Saúde. *Direção-Geral da Saúde. React-COVID Inquérito Sobre Alimentação e Atividade Física Em Contexto Social*, 2020.

- (55) De Gani, S. M.; Berger, F. M. P.; Guggiari, E.; Jaks, R. Relation of Corona-Specific Health Literacy to Use of and Trust in Information Sources during the COVID-19 Pandemic. *BMC Public Health* 2022, 22 (1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12271-w>.
- (56) Tomás, C.; Queirós, P.; Rodrigues, T. Impacto Da Literacia Em Saúde Nos Comportamentos Promotores de Saúde Em Gestão de Stresse Em Adolescentes. *PJMHN* 2015, No. 2. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0016>.

Apêndices

Apêndice 1 – Questionário HLS-COVID-Q22 para recolha dos dados



Literacia em Saúde e a sua relação com a Infodemia durante a COVID-19: caso de estudo em Portugal (HLS-COVID-Q22)

Foi convidada/o a participar num estudo de Investigação acerca da Literacia em Saúde e a sua relação com a Infodemia durante a COVID-19: caso de estudo em Portugal. A sua participação é voluntária.

Este estudo surge no âmbito do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, sob a orientação de professora doutora Margarida Eiras.

O questionário é composto por questões sociodemográficas, e questões referentes ao Instrumento HLS-COVID-Q22 com a finalidade de analisar a forma como os adultos lidam com as informações sobre a COVID-19 durante a pandemia.

Todos os dados obtidos garantirão sempre o anonimato dos participantes.

Ao preencher o questionário está a consentir a participação no estudo, bem como a autorização do uso das respostas para fins científicos.

Contactos da equipa de Investigação

Maria Lopes - 2020168@estesi.lpl.pt

Prof. Drª. Margarida Eiras - margarida.eiras@estesi.lpl.pt

Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Obrigada pela colaboração.

I. Indicadores sociodemográficos

1. Idade

2. Nacionalidade

3. Género

- Masculino
- Feminino
- Outro

4. Habilitações literárias

- Ensino primário
- 9º ano
- 12º ano
- Curso Tecnológico/Profissional
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado/Doutoramento
- Outro

5. Rendimento mensal por agregado familiar

- Menos do que 655€
- Entre 655€ e 1309€
- Mais do que 1309€

6. Região de residência

- Arquipélago dos Açores
- Arquipélago da Madeira
- Avelro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria

- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu

7. Tem filhos com menos de 18 anos a seu cargo?

- Sim
- Não

II. Literacia em Saúde durante a COVID-19

8. No geral, sente-se bem informado sobre a COVID-19?

- Nada bem
- Não tao bem
- Bem
- Muito bem

9. Algumas pessoas sentem-se confusas com todas as informações sobre a COVID-19 ou sobre a pandemia, e não sabem quais as informações mais fidedignas. Também se sente confuso com todas as informações?

- Sim, muito confuso
- Sim, um pouco confuso
- Não, quase nada confuso

10. Numa escala de muito fácil a muito difícil, classifique as afirmações que se seguem

- Encontrar informações na Internet sobre a COVID-19
- Encontrar informações na Internet sobre comportamentos que ajudarão a prevenir a infeção pela COVID-19
- Encontrar informações em jornais, revistas e na TV sobre comportamentos que podem ajudar a prevenir a infeção pela COVID-19
- Encontrar informações sobre como posso saber se for infetado com COVID-19

- Descobrir onde posso obter ajuda profissional no caso de uma infeção por COVID-19
- Encontrar informações sobre o risco de contrair a COVID-19
- Compreender as instruções do meu médico, farmacêutico ou enfermeiro sobre as medidas de proteção contra a infeção por COVID-19
- Compreender as recomendações das autoridades em relação às medidas de proteção contra a infeção por COVID-19
- Compreender os conselhos de familiares ou amigos sobre as medidas de proteção contra a infeção por COVID-19
- Entender as informações nos média sobre como me proteger contra a infeção por COVID-19
- Entender o que encontro na Internet sobre os riscos da COVID-19
- Entender o que encontro em jornais, revistas ou televisão sobre os riscos da COVID-19
- Avaliar se as informações sobre a COVID-19, e a pandemia nos média são confiáveis
- Avaliar quais os comportamentos que representam um risco particularmente alto de infeção por COVID-19
- Avaliar quais as medidas de proteção que devo tomar contra a infeção por COVID-19
- Avaliar o risco de contrair a COVID-19
- Avaliar se poderia ser infetado/a com COVID-19
- Com base nas informações dos média, decidir como me proteger da infeção por COVID-19
- Seguir as instruções do meu médico ou farmacêutico sobre como lidar com a COVID-19
- Com a ajuda das informações do meu médico ou farmacêutico, decidir como lidar com uma possível infeção por COVID-19
- Com a ajuda de informações dos média, decidir como lidar com uma possível infeção por COVID-19
- Comportar-me de forma a não infetar outras pessoas


Apêndice 2 – Autorização da utilização do HLS-COVID-Q22

Re: Request Questionnaire for Study



De Orkan Okan em 2021-04-12 23:06

 Detalhes  Texto simples

 HLS-COVID-Q22 Ger&ENG & HLS-EU-Q16.rev1.xls (~46 KB) ▾

Dear Maria,

Good to hear from you. Of course, please go ahead and use the questionnaire. Look forward to learn about your results.

Keep me posted.

Best,
Orkan

Apêndice 3 – Análise da LS sobre a COVID-19 e as variáveis sociodemográficas

I. GÉNERO

Tabela 8.1 - Teste de normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Género		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Média de Score	Masculino	,131	19	,200*	,967	19	,719
	Feminino	,082	86	,200*	,976	86	,113

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 8.2 - Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Média de Score	Equal variances assumed	3,072	,083	-3,042	103	,003	-,20935	,06883	-,34585	-,07284
	Equal variances not assumed			-3,629	33,512	,001	-,20935	,05768	-,32664	-,09205

II. FAIXA ETÁRIA

Tabela 8.3 - Teste de Normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Faixa Etária	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Média de Score	18-29	,069	51	,200*	,978	51	,444
	30-44	,120	33	,200*	,960	33	,250
	45-50	,157	17	,200*	,905	17	,084
	>60	,199	4	.	,967	4	,825

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 8.4 - Teste da homogeneidade de variâncias

		Test of Homogeneity of Variance			
		Levene			
		Statistic	df1	df2	Sig.
Média de Score	Based on Mean	,516	3	101	,672
	Based on Median	,557	3	101	,645
	Based on Median and with adjusted df	,557	3	98,940	,645
	Based on trimmed mean	,530	3	101	,663

Tabela 8.5 - ANOVA

ANOVA					
Média de Score					
	Sum of				
	Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,018	3	,006	,072	,975
Within Groups	8,257	101	,082		
Total	8,275	104			

III. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Tabela 8.6 - Teste da normalidade

	Habilitações literárias (Binned)	Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Média de Score	Até Ensino Secundário	,194	25	,016	,900	25	,019
	Ensino Superior	,087	80	,200*	,977	80	,149

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 8.7 - Teste de Mann Whitney

Test Statistics ^a	
	Média de Score
Mann-Whitney U	528,500
Wilcoxon W	853,500
Z	-3,550
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: Habilitações literárias (Binned)

IV. RENDIMENTO MENSAL POR AGREGADO FAMILIAR

Tabela 8.81- Teste da normalidade

Rendimento mensal por agregado familiar		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Média de Score		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	Menos do que 655€	,259	4	.	,915	4	,511
	Entre 655€ e 1309€	,079	45	,200*	,964	45	,169
	Mais do que 1309€	,083	56	,200*	,972	56	,210

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 8.9 - Teste da homogeneidade de variâncias

		Test of Homogeneity of Variance			
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Média de Score	Based on Mean	,676	2	102	,511
	Based on Median	,638	2	102	,531
	Based on Median and with adjusted df	,638	2	98,787	,531
	Based on trimmed mean	,669	2	102	,514

Tabela 8.10 - ANOVA

ANOVA					
Média de Score					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,152	2	,076	,953	,389
Within Groups	8,123	102	,080		
Total	8,275	104			

V. REGIÃO DE RESIDÊNCIA

Tabela 8.11 - Teste da normalidade

		Tests of Normality ^c					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Média de Score	Regiao	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	Norte	,165	37	,013	,937	37	,038
	Centro	,236	3	.	,977	3	,712
	Lisboa	,086	60	,200*	,964	60	,071
	Arquipélago da Madeira	,264	4	.	,835	4	,181

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

c. Média de Score is constant when Regiao = Faro. It has been omitted.

Tabela 8.12 - Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics ^{a,b}	
	Média de Score
Kruskal-Wallis H	6,946
df	4
Asymp. Sig.	,139

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Regiao

VI. TER FILHOS > 18 ANOS

Tabela 8.13 - Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Média de Score	Ter filhos <18 anos	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	Sim	,156	21	,200*	,949	21	,329
	Não	,086	84	,189	,972	84	,059

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 8.14 - Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
Média de Score	Equal variances assumed	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
	Equal variances assumed	,046	,831	-,410	103	,683	-,02833	,06910	-,16537	,10870
	Equal variances not assumed			-,428	32,543	,671	-,02833	,06618	-,16305	,10638

Apêndice 4 – Análise da Literacia em Saúde, e a gestão da Infodemia

I. Sentir-se informado sobre a COVID-19

Tabela 8.15 - Teste da normalidade

		Tests of Normality ^a					
Informado sobre a COVID-19		Kolmogorov-Smirnov ^b			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Média de Score	Não tão bem	,151	7	,200*	,966	7	,871
	Bem	,087	75	,200*	,966	75	,041
	Muito bem	,120	22	,200*	,963	22	,547

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Média de Score is constant when Informado sobre a COVID-19 = Nada bem. It has been omitted.

b. Lilliefors Significance Correction

Tabela 8.16 - Teste da correlação de Pearson

		Correlations	
		Informado sobre a COVID-19	Média de Score
Informado sobre a COVID-19	Pearson Correlation	1	,303**
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	105	105
Média de Score	Pearson Correlation	,303**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	105	105

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

II. Sentir-se confuso com todas as informações sobre a COVID-19

Tabela 8.17 - Teste da normalidade

Confuso em relação às informações sobre a COVID-19		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Média de Score	Sim, muito confuso	,260	2	.			
	Sim, um pouco confuso	,121	49	,072	,928	49	,005
	Não, quase nada confuso	,089	54	,200*	,980	54	,483

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 8.18 - Teste da correlação de Pearson

		Correlations	
		Média de Score	Confuso em relação às informações sobre a COVID-19
Média de Score	Pearson Correlation	1	,361**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	105	105
Confuso em relação às informações sobre a COVID-19	Pearson Correlation	,361**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	105	105

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).