



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
DISSERTAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**ALÉM DA IDADE: LITERACIA EM
SAÚDE, BEM-ESTAR E GESTÃO DE
STRESS EM IDOSOS**

*Dissertação apresentada a provas públicas para a obtenção do grau de Mestre
em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pela Professora Doutora Tânia
Gaspar*

Joana Maria Mateus Alves Ferreira

2025

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
DISSERTAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**ALÉM DA IDADE: LITERACIA EM
SAÚDE, BEM-ESTAR E GESTÃO DE
STRESS EM IDOSOS**
VERSÃO FINAL

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 7 de Fevereiro de 2025, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 1096/2024, com a seguinte composição:
Presidente: Prof.^a Doutora Isabel Olímpia Figueiredo dos Santos
Arguente: Prof. Doutor Vítor Bruno Faustino Almeida
Orientadora: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Joana Maria Mateus Alves Ferreira

2025

Agradecimentos

Antes de tudo, um obrigada a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Este estudo só foi possível graças ao apoio e contribuição de várias pessoas e instituições que, de diferentes maneiras, ajudaram-me. A todos que me acompanharam, obrigada.

Um obrigada muito especial à Professora Tânia Gaspar, pelo seu empenho, orientação, paciência e apoio ao longo de todo o processo, que enriqueceram o meu conhecimento científico, assim como a minha maneira de pensar e de resolver problemas. Serei para sempre grata pelas valiosas contribuições e conselhos, fundamentais para o presente trabalho, mas também importantíssimos para o meu crescimento enquanto pessoa. Obrigada por acreditar em mim.

Um obrigada a todas as instituições, universidades seniores e centros de dia que me ajudaram na recolha de dados. Um agradecimento especial ao ARPI S. J. Tojal, ao CAJIL, à Universidade Sénior de Alvalade, à Casa de Santa Maria em Camarate e à Associação de Reformados do Zambujal, por me deixarem recolher pessoalmente os dados necessários para este trabalho. A todos que tive oportunidade de conhecer, obrigada. Irei levar para sempre as vossas lições de vida.

À Ana, Cheila, Inês e Matilde, obrigada pelo apoio e amizade. Em momentos de maior *stress* e confusão, encontrávamos sempre um bocado para nos rirmos, partilharmos experiências e, acima de tudo, ouvir e apoiar umas às outras. Estarei para sempre grata do vosso apoio e amizade. Mal posso esperar por partilhar novos momentos e marcos com vocês.

À minha querida Bruna, obrigada por todo o apoio, disponibilidade em ouvir-me, amizade, risos e gargalhadas, desde o primeiro dia. Obrigada por todos os pequenos e grandes momentos que tornaram este percurso especial.

À minha família, obrigada pelo amor, motivação e compreensão em todos os momentos. Aos meus pais, irmã e avós que me deram a coragem e o apoio, obrigada. Espero que estejam todos orgulhosos de mim como eu estou de vocês.

Por fim, um agradecimento especial a todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade. Agradeço de coração por estarem ao meu lado, acreditarem em mim e ajudarem-me a chegar até aqui.

Resumo

O envelhecimento traz mudanças que podem aumentar os níveis de *stress*, tornando-se crucial a implementação de estratégias de gestão de *stress* para promover um envelhecimento mais saudável. No entanto, muitos idosos enfrentam dificuldades devido a uma baixa literacia em saúde, o que poderá prejudicar o seu bem-estar. Poucos estudos exploraram a relação entre literacia em saúde, bem-estar e gestão de *stress*. Assim, o presente estudo pretende caracterizar a literacia em saúde em idosos e investigar a sua relação com o bem-estar e a gestão de *stress*. Realizou-se um estudo quantitativo e transversal com 579 participantes, com idades entre os 65 e os 98 anos ($M = 74.08$, $DP = 6.71$), sendo 64.1% da amostra mulheres. Os idosos mais velhos, com menor escolaridade e que não frequentam uma universidade sénior apresentam valores mais baixos de literacia em saúde. Além disso, a utilização da internet para questões de saúde ainda é baixa. A literacia em saúde, incluindo a digital, parece contribuir para o bem-estar dos idosos ao melhorar suas competências de gestão de *stress*. Sessões informativas, folhetos educativos sobre como lidar com o *stress* e o treino na procura de informação são aspetos importantes a implementar de modo a promover a literacia em saúde entre os idosos.

Palavras-Chaves: Literacia em Saúde, Bem-Estar, Gestão de *Stress*, Envelhecimento Bem-Sucedido, Doenças Crónicas.

Abstract

Aging brings changes that can increase stress levels, making the implementation of stress management strategies crucial to promote healthier aging. However, many elderly individuals face difficulties due to low health literacy, which negatively impacts their well-being. Few studies have explored the relationship between health literacy, well-being and stress management. Therefore, this study aims to characterize health literacy, health literacy, among older adults and investigate its relationship with well-being and stress management. A quantitative and cross-sectional study was conducted with 579 participants, aged between 65 and 98 years ($M = 74.08$, $SD = 6.71$), with 64.1% of the sample being women. Older adults, with lower education levels, and those who do not attend a senior university have lower levels of health literacy levels. Moreover, the use of the internet for health-related issues is still low. Health literacy, including digital, seems to contribute to the well-being of older adults by improving their stress management skills. Informative sessions, educational pamphlets on how to deal with stress, and training in information seeking are important aspects to implement in order to promote health literacy among the elderly.

Keywords: Health Literacy, Well-Being, Stress Management, Successful Aging, Chronic Disease.

Abreviaturas

OMS - Organização Mundial da Saúde

DP / SD – Desvio Padrão / Standard Deviation

M – Média

N – Tamanho da Amostra

Índice Geral

Introdução	9
Enquadramento Teórico	10
Processo de Envelhecimento	10
Bem-estar no Processo de Envelhecimento	12
<i>Stress</i> Percebido e Capacidade de Gestão de <i>Stress</i>	14
Literacia em Saúde	15
Literacia em Saúde Digital	18
Antecedentes da Literacia em Saúde e a Literacia em Saúde Digital	19
Relação entre Literacia em Saúde, Gestão de <i>Stress</i> e Bem-Estar	20
Pergunta de Investigação e Objetivos	21
Método	22
Design e Participantes	22
Instrumentos	22
Questionário Sociodemográfico	22
<i>Health Literacy Survey 19</i>	22
<i>eHealth Literacy Scale</i>	23
<i>World Health Organisation- Five Well-Being Index</i>	23
<i>Perceived Stress Scale</i>	24
Procedimentos	24
Questões Éticas	24
Contacto com os Participantes	24
Análise de Dados	25
Resultados	26
Características Sociodemográficas da Amostra	26
Estatística Descritiva da Literacia em Saúde	27
Estatística Descritiva da Literacia em Saúde Digital	28
Comparação de Grupos	29
Género	29
Grupos de Idade	29
Escolaridade	30
Frequência Universidade Sénior	30
Correlações	31

Modelo de Mediação – Literacia em Saúde	31
Modelo de Mediação – Literacia em Saúde Digital	32
Discussão	33
Conclusão	39
Referências	41
Anexos	I
Anexo I - Exemplo de Email de Contacto para as Instituições e Universidades Seniores .	ii
Anexo II – Poster Divulgação do Estudo	ii
Anexo III – Consentimento Informado	iii
Anexo IV Tabela de Comparação dos Valores da Literacia em Saúde Tradicional e Digital, tendo em consideração o género	iii
Anexo V – Tabela de Comparação dos Valores da Literacia em Saúde Tradicional e Digital, tendo em consideração os Grupos de Idade	iv
Anexo VI – Tabela de Comparação dos Valores da Literacia em Saúde Tradicional e Digital, tendo em consideração a Escolaridade	iv
Anexo VII– Tabela de Comparação dos Valores da Literacia em Saúde Tradicional e Digital, tendo em consideração a Frequência numa Universidade Sénior	iv

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (N = 579)	27
Tabela 2 - Estatística Descritiva da Literacia em Saúde	28
Tabela 3 - Estatística Descritiva da Literacia em Saúde Digital	29
Tabela 4 - Correlações entre as Variáveis em Estudo	31
Figura 1 - Modelo Integrativo da Literacia em Saúde adaptado de Sørensen et al. (2012)	16
Figura 2 - Modelo Integrativo da Literacia em Saúde Digital de Norman e Skinner (2006b)	18
Figura 3 - Modelo da Mediação referente à Literacia em Saúde	32
Figura 4 - Modelo da Mediação referente à Literacia em Saúde Digital	32

Introdução

Os idosos enfrentam diversas mudanças ao longo do envelhecimento, que poderão aumentar os seus níveis de *stress*, já que acabam por ter um impacto em atividades do quotidiano. Assim, é crucial a existência de informação simples e clara de como gerir esse *stress*, de modo a permitir um melhor bem-estar e um envelhecimento mais bem-sucedido. No entanto, os idosos poderão ter mais dificuldades em aceder ou compreender esta informação, devido a uma menor literacia em saúde (Bağ-Sosnowska et al., 2022; Commodari & Di Nuovo, 2019; Liu et al., 2023; Moore et al., 2020; WHO, 2023a).

Com base no modelo integrativo da literacia em saúde de Sørensen et al. (2012), a literacia em saúde é influenciada por um conjunto de variáveis (e.g., idade). Por sua vez, vai ter um impacto nos comportamentos de saúde e nos resultados de saúde, incluindo o bem-estar e a qualidade de vida. Embora alguns estudos tenham explorado a relação entre o bem-estar e a literacia em saúde (Beasley et al., 2023; Wahl et al., 2021), e entre a capacidade de gestão de *stress* e a literacia de saúde (Aygün & Cerim, 2020; Bae & Yoon, 2021), poucos se debruçaram sobre a relação entre as três variáveis, numa população com, tendencialmente, baixos níveis de literacia em saúde e a altos níveis de *stress* (Fleary & Ettienne, 2019; Moore et al., 2020; Schillinger, 2021).

Desta forma, o presente estudo pretende estudar se existe uma relação entre a literacia em saúde (tradicional e digital) com o bem-estar e com a gestão do *stress* em idosos. O principal objetivo é a caracterização da relação entre a literacia em saúde, o bem-estar e a gestão do *stress* em idosos. Para isso, foram definidos objetivos específicos relacionados com a avaliação dos níveis de literacia em saúde em idosos, com a comparação desses níveis segundo a idade, o género, a escolaridade e a frequência em universidades seniores, e com a análise das relações entre a literacia em saúde, o bem-estar e a capacidade de gestão de *stress*.

O presente trabalho está dividido nos seguintes capítulos. Em primeiro lugar, o enquadramento teórico, onde será realizado um levantamento sobre as variáveis em estudo. O segundo capítulo está relacionado com o método implementado. De seguida, serão apresentados os principais resultados, seguidos de uma discussão tendo em consideração os objetivos e a literatura. Por fim, será realizado uma conclusão sobre quais as implicações práticas e teóricas do trabalho, seguido das referências utilizadas e anexos relevantes.

Enquadramento Teórico

Processo de Envelhecimento

O ser humano muda ao longo do tempo, onde estruturas mais simples e pouco organizadas transformam-se em estruturas mais organizadas e complexas. Este processo de mudança chama-se desenvolvimento. Ao longo do desenvolvimento, o ser humano é influenciado e influencia um conjunto de sistemas complexos individualmente. Estes sistemas, simultaneamente, influenciam-se mutuamente. Destaca-se o sistema biológico, caracterizado pelos processos necessários para o funcionamento físico do indivíduo (e.g., preposição genética, nutrição), o sistema psicológico, caracterizado pelos processos mentais necessários para dar significado às experiências e aprendizagens (e.g., memória, emoções), e o sistema social, caracterizado pelos processos que integram o indivíduo na sociedade (e.g., suporte social, relações interpessoais) (Newman & Newman, 2022).

A importância dos diversos sistemas é realçada no Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, que afirma que o desenvolvimento é influenciado, não só pelas características individuais, mas também pelos ambientes em que o indivíduo está inserido e as interações que ocorrem. Os sistemas operam a nível micro, meso, macro, exo e crono. O microsistema é caracterizado pelos contextos interpessoais e imediatos do indivíduo (e.g., família e escola). O mesossistema corresponde às inter-relações entre os principais microsistemas do indivíduo (e.g., relação entre a escola e a família). O exossistema compreende as relações entre sistemas em que o indivíduo tem um papel ativo (e.g., família) e outros que o indivíduo não interage diretamente (e.g., trabalho dos pais), mas que o influenciam indiretamente. O macrossistema é caracterizado pelos padrões e valores da cultura e sociedade em que o indivíduo está inserido (e.g., tradições culturais). E, por fim, o cronossistema engloba os processos de mudança e de estabilidade que ocorrem ao longo do tempo (e.g., crises económicas) (Bronfenbrenner, 1979; Lally & Valentine-French, 2019).

Alguns autores afirmam que o desenvolvimento ocorre através de estágios. Um estágio é uma fase do desenvolvimento distinta caracterizada por um conjunto de capacidades, motivações, emoções e comportamentos que formam um padrão coerente e que permitem atingir tarefas específicas de cada etapa. Assim, o desenvolvimento poderá ocorrer através de transições dos diversos estágios, cada um qualitativamente diferente do anterior. A existência de estágios desenvolvimentais específicos está presente na teoria do Desenvolvimento Psicossocial, de Erik Erikson (Sigelman et al., 2018).

Erikson (1959) propôs que o desenvolvimento ocorria em oito estágios. Em cada um

existia um conflito, caracterizado pela existência de duas tendências psicológicas opostas, uma positiva e outra mais negativa. Uma resolução positiva levaria à aquisição de uma virtude, que auxiliaria na resolução dos conflitos seguinte, e contribuiria para o desenvolvimento de um conjunto de crenças centrais sobre o indivíduo e o mundo. Uma resolução menos positiva, poderia levar a uma maior dificuldade na resolução dos conflitos posteriores. De uma maneira geral, os conflitos são entre a confiança e a desconfiança (bebê), entre a autonomia e a vergonha (primeira infância), entre a iniciativa e a culpa (infância), entre a mestria e a inferioridade (idade escolar), entre a identidade e a confusão (adolescência), entre a intimidade e o isolamento (jovem adulto), entre a produtividade e a estagnação (meia-idade) e entre a integridade e a desesperança (terceira idade) (Erikson, 1959; Newman & Newman, 2022).

O último estágio definido por Erikson apresenta algumas particularidades. Poderá ser um momento de sabedoria ou de descontentamento. Os indivíduos que se encontram nesta fase poderão conseguir refletir sobre aquilo que já foi e aquilo que é a sua vida. Esta capacidade de reflexão irá permitir uma maior confiança nos outros, assim como uma melhor aceitação da doença e da morte. Conseguem, desta forma, criar um sentimento de integridade. No entanto, se o indivíduo não se sentir orgulhoso do seu passado, poderá sentir-se frustrado, confuso e descontente, o que poderá levar a sentimentos de desesperança. Este estágio sobrepõe-se àquilo que é conhecido pela terceira idade. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a idade cronológica a partir do qual o indivíduo poderá ser considerado idoso depende do nível socioeconómico e desenvolvimento do país, sendo 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 para os países mais desenvolvidos (Pattrawiwat et al., 2022; WHO, 2002).

A terceira idade poderá ser a fase de desenvolvimento mais longa, abrangendo o período dos sessenta anos até à morte. Envelhecer é um processo natural e humano, que ocorre desde a formação do embrião até à morte. Em termos biológicos, o envelhecimento é caracterizado pela acumulação de diversos danos moleculares e celulares ao longo do tempo, que leva a uma diminuição gradual das capacidades físicas, como a visão ou a audição, das capacidades mentais, o aumento da probabilidade do desenvolvimento de doenças (e.g., cataratas, diabetes ou demência) e que leva, no final, à morte. Ao longo do envelhecimento, também poderá ocorrer uma diminuição gradual da vontade, da autoestima, da determinação e do sentido de pertença, podendo ser mais predominantes na terceira idade. Durante a terceira idade, existem outras transições, como o início do processo da reforma e a adaptação ao mesmo, a possibilidade de mudança para um lar e a morte de amigos e parceiros, o que poderá levar ao adulto mais velho sentir-se sozinho, perdido e confuso na sua identidade (Berk, 2022; Lally &

Valentine-French, 2019; Sheikhsossein et al., 2020).

Envelhecer é um processo individual, ou seja, cada indivíduo envelhece de forma diferente. No entanto, uma maior oferta de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, a independência e a qualidade de vida dos adultos mais velhos, poderá levar a um envelhecimento mais ativo. O envelhecimento ativo pode ser definido como o processo de otimizar as oportunidades relacionadas com a saúde, a participação e a segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida, melhorando o funcionamento, a saúde e o bem-estar (Bar-Tur, 2021; Plácido et al., 2022; Sheikhsossein et al., 2020; WHO, 2002; Young et al., 2009).

Uma das formas de promover um envelhecimento ativo pode passar pela frequência de uma universidade sénior. As universidades seniores aparecem em Portugal no final dos anos 70, devido a preocupações relacionadas com o envelhecimento da população e o impacto da reforma na vida dos adultos mais velhos. São uma resposta social aos índices de isolamento e exclusão social na terceira idade. Através da participação em atividades educacionais, culturais, sociais e/ou desportivas, as universidades seniores desenvolvem um sentido de comunidade, permitindo uma melhor qualidade de vida dos idosos, através da aquisição de novos conhecimentos. Desta forma, a promoção de um envelhecimento ativo, através, por exemplo, da participação em universidades seniores, permite o aumento dos níveis de saúde de bem-estar em idosos (Almeida et al., 2021; Formosa, 2019; Gil et al., 2019; Maria da Graça, 2003).

Bem-Estar no Processo de Envelhecimento

Segundo a OMS, a saúde pode ser definida como um estado completo de bem-estar, tanto a nível físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Desta forma, o bem-estar é uma combinação entre o sentir-se e funcionar bem, caracterizado pela experiência de emoções positivas. Está relacionado com uma sensação de controlo perante a vida e sentir que há um propósito nesta. Está associado à sensação de competência, de resiliência, de estabelecer relações positivas com os outros e sentir que contribuiu para a sociedade (Cooper et al., 2014; Ruggeri et al., 2020; WHO, 1948).

O bem-estar pode ser descrito como algo objetivo ou subjetivo. Em termos objetivos, o bem-estar está relacionado com indicadores que podem ser contabilizados, como indicadores económicos (e.g., salário) e indicadores sociodemográficos (e.g. educação, saúde, emprego, segurança). O bem-estar subjetivo está relacionado com a forma como o indivíduo experiencia a sua vida. Pode englobar diferentes componentes, como as respostas emocionais dos indivíduos, nomeadamente a presença de emoções positivas (e.g., alegria) e ausência de emoções negativas (e.g., stress), que formam o afeto. Por outro lado, a satisfação com a vida é

outro componente presente no bem-estar subjetivo, podendo ser uma satisfação com a vida atual ou passada, existindo diferentes domínios de satisfação (e.g., trabalho ou família) (Cooper et al., 2014; Diener et al., 1999).

Características sociodemográficas (e.g., a idade, o género, a educação), características sociais (e.g., independência financeira, acesso a serviços de saúde, emprego, envolvimento social) e características individuais (e.g., capacidades visuais, auditivas e o estilo de vida) parecem influenciar o bem-estar. Por outro lado, ao longo da vida, as principais prioridades mudam e, desta forma, certas características poderão ter impactos diferentes conforme a etapa de vida de indivíduo. Por exemplo, ter um emprego poderá ser um indicador fundamental para o bem-estar de um adulto, no entanto, ao longo do processo de reforma, este indicador perde peso e o envolvimento na sociedade através do voluntariado poderá ganhar mais influência (Carmel, 2019; Cheng & Yan, 2021; Jebb et al., 2020).

Ao longo do envelhecimento, existem diversos aspetos que poderão ter um impacto no bem-estar dos idosos. Por exemplo, a saúde física, nomeadamente a existência de uma doença crónica. Também conhecidas por doenças não transmissíveis, são doenças de longa duração e multifatoriais, ou seja, são o resultado da interação de fatores genéticos, ambientais, comportamentais e físicos. Exemplos de doenças crónicas podem ser as doenças cardiovasculares (e.g., AVC), as doenças oncológicas, as doenças respiratórias (e.g., asma) e a diabetes (Van Wilder et al., 2021; Wang et al., 2022; WHO, 2023b).

Young et al. (2009) afirmam que indivíduos com doenças crónicas podem ter um envelhecimento bem-sucedido desde que haja uma compensação das dificuldades fisiológicas causadas pela doença. Esta compensação poderá ser conseguida através de mecanismos psicológicos, como a resiliência, a espiritualidade e a capacidade para gerir o *stress* (*coping*), e através de mecanismos sociais, como o suporte social e o contacto com os outros.

Por outro lado, a saúde mental também tem um impacto no bem-estar dos indivíduos mais velhos. As mudanças que ocorrem ao longo do envelhecimento, como a perda de capacidades, a redução da mobilidade, o declínio da funcionalidade, ou, por outro lado, a constante preocupação da possibilidade de desenvolver algum tipo de doença, poderão aumentar a probabilidade do desenvolvimento de *stress* em indivíduos mais velhos. Este *stress* acaba por ter um impacto no quotidiano destes indivíduos, podendo comprometer atividades mais simples (e.g., higiene pessoal) ou atividades mais complexas (e.g., gestão da medicação). Assim, o bem-estar dos idosos poderá ser comprometido por níveis mais elevados de *stress* (Commodari & Di Nuovo, 2019; Moore et al., 2020; WHO, 2023a).

Stress* Percebido e Capacidade de Gestão de *Stress

Lazarus (1966) define o *stress* como a relação entre o indivíduo e o ambiente envolvente, onde o indivíduo avalia o seu ambiente e conclui se apresenta ou não os recursos necessários para lidar com o mesmo. Esta definição foi a base para o Modelo Transacional do *Stress* e do *Coping* (Lazarus & Folkman, 1984).

Segundo o modelo, o indivíduo está constantemente a avaliar a sua relação com o meio ambiente, tendo em consideração objetivos, valores e crenças pessoais. Por sua vez, existem situações que chamam à atenção do indivíduo. Estas situações são primeiramente avaliadas tendo em consideração o bem-estar (“Eu estou bem?”) e, de seguida, tendo em consideração os recursos (“O que eu posso fazer perante esta situação?”). Os autores afirmam que situações que são avaliadas como ameaçadoras ou perigosas, e quando os recursos são classificados como insuficientes, a situação é percebida como stressante. É devido a esta avaliação cognitiva que o indivíduo faz constantemente que a mesma situação poderá ser interpretada como mais stressante para uma pessoa do que para outra pessoa, dando origem ao termo de *stress* percebido (i.e., a avaliação subjetiva que o indivíduo realiza do nível de *stress* que está a sentir num determinado momento) (Cohen et al., 1983; Folkman, 2013; Lazarus & Folkman, 1984).

Como mencionado anteriormente, o processo de envelhecimento e as mudanças que ocorrem poderão levar a maiores níveis de *stress* em adultos mais velhos. Maiores níveis de *stress* têm sido associados a uma diminuição do bem-estar e a um agravamento do estado de saúde, podendo levar ao desenvolvimento de doenças, tais como doenças cardiovasculares, autoimunes e neurodegenerativas. Desta forma, torna-se fundamental o aumento da informação de como lidar com situações mais stressantes, através, por exemplo, de programas de aumento de estratégias para lidar com o *stress* direcionados a indivíduos mais velhos (Hart, 2009; Moseley et al., 2021).

De uma maneira geral, a capacidade de gestão de *stress* poderá ser definida como o conjunto de técnicas e estratégias que permitem ao indivíduo gerir o *stress* e aumentar o controlo perante situações adversas. A literatura tem mostrado que programas relacionados com a gestão do *stress*, tendo por base a teoria cognitiva-comportamental, especialmente o *mindfulness* (terapia cognitiva-comportamental de terceira geração), produzem resultados positivos, nomeadamente com o aumento do bem-estar e da qualidade de vida. Outras formas de gerir o *stress* em adultos mais velhos poderão estar relacionadas com hábitos de vida mais saudáveis, relacionados com a alimentação, a prática de exercício físico, a regulação ciclos de sono e o envolvimento na comunidade (Hart, 2009; Fricchione, 2016; Razzera et al., 2021;

Zarotti et al., 2023).

Assim, torna-se importante a existência de informação clara e simples de como lidar com situações stressantes causado pelas mudanças, de modo a permitir um melhor bem-estar e um envelhecimento mais bem-sucedido. Apesar desta informação muitas vezes estar disponível, os indivíduos acabam por ter dificuldades em aceder ou compreender esta informação, devido a uma menor literacia em saúde (Bak-Sosnowska et al., 2022; Hart, 2009; Liu et al., 2023; Merkes, 2010; Young et al., 2009).

Literacia em Saúde

O termo de “literacia em saúde” foi utilizado pela primeira vez na década de 1970 por Simonds (1974), ao referir-se a um dos objetivos relacionados com a educação em saúde. Porém, só na década de 1990 é que o conceito começa a ganhar mais destaque nas áreas de promoção e educação em saúde. Atualmente, a literacia em saúde é amplamente reconhecida como um aspeto crucial a estudar, devido ao seu impacto positivo na saúde individual, pública e nos serviços de saúde (Liu et al., 2020; Loureiro et al., 2012; Simonds, 1974).

A literacia em saúde pode ser definida como as competências do indivíduo para adquirir, perceber, avaliar e aplicar a informação relativa à saúde, a fim de tomar decisões que favoreçam a promoção e a preservação da saúde e do bem-estar próprio e daqueles ao seu redor. Conhecimentos básicos sobre a saúde, que permitem a adoção de comportamentos favoráveis à saúde, conhecimento sobre os direitos em saúde, que permite a participação ativa e informada nos assuntos relacionados com a saúde, e aptidões de utilização dos sistemas de saúde, são competências importantes relacionadas com a literacia em saúde. A literacia em saúde é, assim, um produto das competências individuais. No entanto, as complexidades e exigências do meio envolvente e dos sistemas de saúde, a educação, a comunicação social, a família e o ambiente de trabalho também influenciam a literacia em saúde (Nutbeam & Muscat, 2021; OPP, 2015; Oscalices et al., 2019).

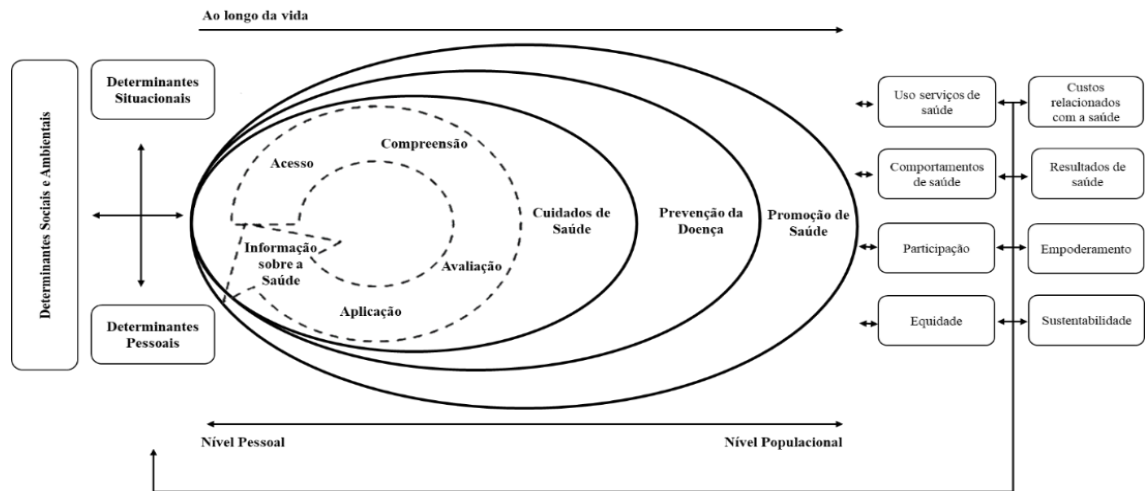
Existem diversos modelos conceptuais da literacia em saúde, tal como o modelo de Nutbeam (2000), que divide o conceito em literacia em saúde funcional (i.e., competências básicas de leitura e de escrita necessárias para o funcionamento quotidiano), em literacia em saúde interativa (i.e., competências cognitivas, de literacia e sociais mais avançadas que permitem a participação ativa nas atividades do quotidiano e na comunicação) e em literacia em saúde crítica (i.e., competências cognitivas e sociais mais sofisticadas que permitem a análise crítica da informação para maior controlo dos acontecimentos da vida).

De modo a integrar diversas definições e modelos sobre a literacia em saúde, Sørensen

e colaboradores (2012) construíram um modelo integrativo da literacia em saúde, tal como se pode ver na Figura 1, adotado pela OMS, e que será utilizado como base no presente estudo.

Figura 1

Modelo Integrativo da Literacia em Saúde adaptado de Sørensen et al. (2012)



Nota A figura demonstra o modelo integrativo da Literacia em Saúde adaptado e traduzido de Sørensen et al. (2012).

Os autores defendem que existem quatro competências centrais na literacia em saúde. Cada uma das competências depende não só de capacidades cognitivas específicas, como da qualidade da informação obtida. A primeira competência é o acesso, que se refere à capacidade de procurar e obter informação relacionada com a saúde. A confiança na fonte é um dos principais aspetos que vai influenciar a obtenção da informação. De seguida, surge a compreensão, definida como a capacidade de compreender a informação sobre a saúde que foi acedida anteriormente. Depende não só das expectativas individuais, assim como da utilidade percebida daquela informação. A terceira competência apontada pelos autores é a avaliação, que engloba a capacidade de interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação obtida. A complexidade da informação, os termos utilizados e a compreensão da informação poderão influenciar este processo. Por fim, surge a aplicação, que é a capacidade de comunicar e usar a informação obtida para tomar decisões que mantêm ou melhoram a saúde, que depende, sobretudo, da compreensão da informação. Este processo permite à obter conhecimento para conseguir, de forma eficaz, navegar em três domínios do contínuo da saúde, relacionado com os cuidados de saúde, com a prevenção da doença e com a promoção da saúde, dando respostas às necessidades contextuais. A literacia em saúde desenvolve-se ao longo do tempo e está associada à aprendizagem ao longo da vida (Sørensen et al., 2012).

Combinando as quatro competências básicas da literacia em saúde (i.e., acesso, compreensão, avaliação, aplicação) com os três domínios do contínuo da saúde (i.e., cuidados

de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença), os autores obtêm doze dimensões relacionadas com a literacia em saúde. No domínio dos cuidados de saúde, o indivíduo deverá ser capaz de aceder a informação sobre questões médicas, compreender e avaliar essa informação, e tomar decisões sobre as questões médicas. No domínio da promoção da saúde, o indivíduo deverá ser capaz de obter informação atualizada sobre questões de saúde, compreender essa informação, avaliar e formar uma opinião fundamentada sobre as questões de saúde. Por fim, no domínio da prevenção da doença, o indivíduo deverá ser capaz de aceder a informação sobre os fatores de risco, compreender e avaliar essa informação e, por fim, decidir de forma informada (Sørensen et al., 2012).

A literacia em saúde ainda é influenciada por um conjunto de determinantes sociais, ambientais, pessoais e situacionais, e, por sua vez, influencia um conjunto de comportamentos que levarão a determinados resultados (Sørensen et al., 2012). Alguns autores têm usado o Modelo Comportamental de Utilização dos Serviços de Saúde de Andersen para explicar a relação entre literacia em saúde, comportamentos e resultados em saúde. Segundo o modelo, as características individuais (e.g., fatores de predisposição, fatores de capacitação, como as competências de literacia em saúde, e necessidades de saúde) influenciam os resultados de saúde (e.g., estado de saúde percebido e avaliado e satisfação do consumidor), através dos comportamentos de saúde adotados (e.g., práticas de saúde pessoais e uso de serviço de saúde), e estando estes últimos correlacionados com os resultados em saúde e com as características individuais (Andersen et al., 2014; Li et al., 2021). Tantos os antecedentes como as consequências serão abordados em capítulos posteriores do presente trabalho.

Baixos níveis de literacia em saúde tendem a estar associados a resultados de saúde menos positivos, com maior número de hospitalização, um maior uso dos serviços de saúde, um pior bem-estar, uma maior dificuldade de lidar com a doença no dia-a-dia, uma maior dificuldade em compreender o diagnóstico e o plano de tratamento, e a uma maior dificuldade em comunicar com o médico (Murugesu et al., 2022).

Desta forma, a literacia em saúde acaba por ser uma habilidade importante em adultos mais velhos, devido à maior probabilidade de desenvolvimento de doenças crónicas ou o aumento dos níveis de *stress*. Assim, torna-se fundamental conseguirem de uma forma mais eficaz aceder, perceber, avaliar e usar a informação relacionada com a saúde no dia-a-dia. Ao apresentarem maiores níveis de literacia em saúde, conseguem mais facilmente gerir o seu dia-a-dia e ter maiores níveis de bem-estar, já que permite, por exemplo, mais facilmente aderir ao tratamento e a comportamentos de saúde mais positivos (Coskun & Bagcivan, 2021; Iwasa &

Yoshida, 2020; Van der Heide et al., 2018).

No entanto, a literatura tem demonstrado que existem alguns grupos mais vulneráveis para baixos níveis de literacia em saúde, nomeadamente, adultos mais velhos, indivíduos com o diagnóstico de uma doença crónica, indivíduos com deficiência, com baixo estatuto socioeconómico, minorias étnicas e indivíduos com baixo nível de escolaridade. Simultaneamente, são estes os grupos que apresentam maior vulnerabilidade a valores mais baixos de literacia em saúde digital (Arcury et al., 2018; Fleary & Ettienne, 2019; Lin et al., 2020; Schillinger, 2021; Shi et al., 2023).

Literacia em Saúde Digital

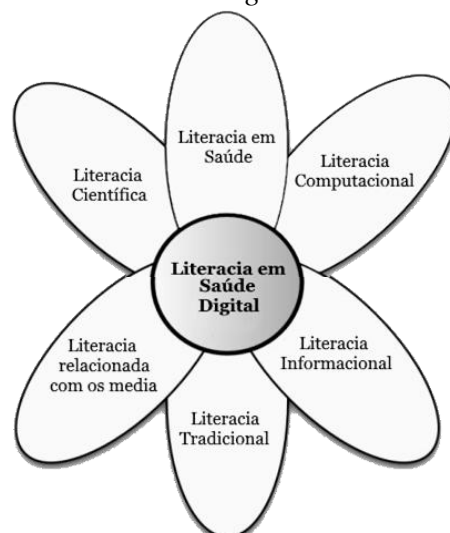
Ao longo dos últimos anos, tem-se verificado um rápido desenvolvimento da internet e das tecnologias, assim como um aumento da sua utilização. Devido à abundância de informação sobre a saúde na internet, e à facilidade com que se pode ser obtida, existem cada vez mais pessoas a utilizarem a internet e outras tecnologias para a procurar de informação sobre saúde. Em 2001, surge o termo *E-Health*, ou Saúde Eletrónica, para se referir à informação e serviços de saúde fornecidos pela internet e tecnologia relacionadas, sendo a base do conceito de literacia em saúde digital (Wang et al., 2021).

A literacia em saúde digital pode ser definida como a capacidade de procurar, encontrar, perceber e avaliar a informação relacionada com a saúde através de dispositivos eletrónicos e aplicar esse mesmo conhecimento de modo a resolver problemas relacionados com a saúde (Western et al., 2021).

Norman e Skinner (2006b) apresentam um modelo integrativo da literacia em saúde digital, tal como se pode ver na Figura 2.

Figura 2

Modelo Integrativo da Literacia em Saúde Digital de Norman e Skinner (2006b)



Nota A figura demonstra o modelo integrativo da Literacia em Saúde Digital adaptado e traduzido de Norman e Skinner (2006b).

Os autores afirmam que a literacia em saúde digital é influenciada por seis tipos de literacia diferentes, que poderão ser agrupadas em dois grandes grupos. Por um lado, existe o grupo da literacia analítica, isto é, as competências de literacia que são aplicadas em diversos contextos, independente do tópico. Fazem parte deste grupo a literacia tradicional e numérica (i.e., a capacidade de ler, perceber o que está escrito e falar e escrever numa linguagem coerente), a literacia relacionada com os *media* (i.e., a capacidade de pensar de forma crítica sobre o conteúdo que é apresentado nos *media*) e a literacia informacional (i.e., a forma como o conhecimento é organizado, como procurar informação e como usa essa informação de uma forma como os outros podem aprender). Por outro lado, existe o grupo da literacia específica do contexto. É composta pela literacia em saúde, a literacia científica (i.e., a capacidade de compreender a natureza, os objetivos, os métodos, as aplicações, limitações e políticas de criar conhecimento de uma forma sistemática) e a literacia computacional (i.e., a capacidade de usar o computador para resolver problemas). Os autores afirmam que a literacia em saúde poderá ser influenciada pelo estado de saúde do indivíduo, pela educação, pela motivação e pela tecnologia usada. A literacia em saúde digital não é concebida como uma competência estática, sendo que a evolução das tecnologias, assim como o contexto pessoal, social e ambiental poderão ter um impacto nas competências individuais (Norman & Skinner, 2006b).

A literatura tem demonstrado que o aumento da literacia em saúde digital em idosos poderá ser benéfico ao melhorar diversos aspetos do dia-a-dia. Devido as limitações impostas pelos problemas de saúde, a possibilidade de conseguirem aceder a informação através de um aparelho eletrónico poderia substituir a necessidade de se deslocarem fisicamente aos lugares, havendo um impacto, consequentemente, no seu bem-estar. No entanto, ainda existem muitas barreiras que limitam o uso dos aparelhos eletrónico para a procura de informação sobre a saúde pelos adultos mais velhos (e.g., limitações físicas relacionadas com a idade, falta de experiência com as novas tecnologias, falta de motivação para a mudança, dificuldades de acesso), (Pourrazavi et al., 2020; Wilson et al., 2021).

Antecedentes da Literacia em Saúde e a Literacia em Saúde Digital

Retomando ao modelo integrativo de Sørensen et al. (2012), existe um conjunto de antecedentes que podem influenciar a literacia em saúde. Os autores fazem uma distinção entre fatores mais distais, que correspondem aos determinantes sociais e ambientais (e.g., situação demográfica, cultura, língua, forças e sistemas políticos), e fatores mais proximais, que englobam os determinantes pessoais (e.g., idade, género, escolaridade) e determinantes situacionais (e.g., suporte social, influências de amigos e família e ambiente físico).

Focando nos determinantes pessoais, a literatura tem demonstrado o papel da idade na literacia em saúde, estando a idade negativamente associada às competências de literacia de saúde, ou seja, pessoas mais velhas tendem a ter valores mais baixos de literacia em saúde quando comparadas com pessoas mais novas (Liu et al., 2023; Van Hoa et al., 2020).

Por outro lado, a escolaridade também apresenta um papel importante nos níveis de literacia em saúde, sendo que, indivíduos com mais escolaridade parecem apresentar valores significativamente mais elevados do que indivíduos com menos escolaridade (Rheault et al., 2019; Shiferaw et al., 2020).

A influência do género parece ser um tópico controverso, já que há estudos que apontam a existência de diferenças, no sentido em que indivíduos que se identificam com o género masculino parecem ter valores mais baixos de literacia em saúde do que o género feminino (Davis et al., 2020; Lee et al., 2015). No entanto, alguns estudos não revelaram a influência do género nos níveis de literacia em saúde (Ehmann et al., 2020).

Relativamente à literacia em saúde digital, também parecem existir alguns antecedentes como a idade (Hoogland et al., 2020; Martorella et al., 2022) e a escolaridade (Cherid et al., 2020; Lee & Tak, 2022), que parecem influenciar de forma semelhante os níveis de literacia em saúde digital. No que toca ao género, a maioria dos estudos não encontram diferenças estatisticamente significativas (Cao et al., 2023; Del Giudice et al., 2018).

Por fim, uma variável importante a estudar é a frequência numa universidade sénior, devido ao aumento de alunos nestas instituições em Portugal. Poucos estudos incluíram esta variável no estudo, no entanto, a participação numa universidade sénior parece estar associada a uma maior literacia em saúde, tanto tradicional como digital (Gaspar & Sousa, 2024).

Relação entre Literacia em Saúde, Gestão de *Stress* e Bem-Estar

Por sua vez, a literacia em saúde vai influenciar um conjunto de aspetos. Em termos mais pessoais, maiores níveis de literacia em saúde poderão aumentar não só a participação do indivíduo na área da saúde, como a autonomia para gerir a saúde e a doença, o que aumentará o empoderamento individual. Permite, a um nível mais social, aumentar a equidade e sustentabilidade nos serviços de saúde. Maiores níveis de literacia em saúde impactarão a utilização dos serviços de saúde, o que influenciará os gastos associados à saúde. E, por fim, terá um impacto nos comportamentos de saúde (e.g., gestão do *stress*) e nos resultados de saúde, incluindo o bem-estar e a qualidade de vida (Sørensen et al., 2012).

De uma maneira geral, a literatura tem revelado que maiores níveis de literacia de saúde parecem estar relacionados com um maior bem-estar tanto na população em geral (Harsch

et al., 2021; Zhang & Chung, 2021), como na população com um diagnóstico de uma doença crónica (Beasley et al., 2023; Wahl et al., 2021). Relativamente à literacia em saúde digital, valores mais elevados igualmente parecem estar correlacionados com um maior bem-estar (Patias & Kaloyanova, 2022).

No que respeita à relação entre a literacia em saúde e a capacidade de gestão de *stress*, alguns estudos demonstram uma relação estatisticamente significativa (Aygün & Cerim, 2020; Bae & Yoon, 2021), enquanto que outros não (Zhang et al., 2022).

Alijanzadeh et al. (2023) verificaram que a literacia em saúde (incluindo a digital) apresenta uma relação com o bem-estar, através do papel mediador de certos comportamentos de saúde, nomeadamente a higiene do sono, e que, através da promoção da literacia em saúde sobre a higiene do sono, existe a possibilidade de melhorar o bem-estar do indivíduo. No entanto, poucos estudos focaram-se no estudo das três variáveis (i.e., literacia em saúde, incluindo a digital, bem-estar e capacidade de gestão de *stress*) em conjunto, apesar da sua importância para o bem-estar dos indivíduos mais velhos.

A literatura tem demonstrado que as várias mudanças ao longo do envelhecimento podem ter um impacto nos níveis de *stress* em idosos. Maiores níveis de *stress* podem ter um impacto significativo da saúde física e psicológica dos idosos, e, assim, torna-se importante encontrar maneiras de prevenir um agravamento da saúde e de promover um melhor bem-estar. Uma dessas maneiras poderá estar relacionada com a promoção da literacia em saúde, já que tem sido descrita como um fator determinante da saúde modificável (Gaffari-Fam et al., 2020; Miceli et al., 2019; Moseley et al., 2021; WHO, 2023a; Xiao et al., 2021).

Pergunta de Investigação e Objetivos

Tendo em conta a informação exposta, formulou-se a seguinte pergunta de investigação: Será que existe uma relação entre a literacia em saúde (incluindo a literacia em saúde digital) com o bem-estar e a gestão do *stress* no processo de envelhecimento?

Foi estabelecido o seguinte objetivo geral: caracterizar a relação entre a literacia em saúde (incluindo a literacia em saúde digital), o bem-estar e a gestão do *stress* em indivíduos idosos. Foram criados os subseqüentes objetivos específicos: (a) avaliar o nível de literacia em saúde (incluindo a literacia em saúde digital) em idosos; (b) comparar os níveis de literacia em saúde (incluindo a literacia em saúde digital) de acordo com a idade, o género, o nível de educação e a frequência em universidade sénior em idosos; (c) analisar a relação entre literacia em saúde (incluindo a literacia em saúde digital) com o bem-estar em idosos; (d) analisar a relação entre literacia em saúde (incluindo a literacia em saúde digital) com a capacidade de

gerir o *stress* em idosos; (e) compreender de forma mais aprofundada a relação que poderá existir entre a literacia em saúde (incluindo a literacia em saúde digital), a capacidade de gerir o *stress* e o bem-estar em idosos.

Método

Design e Participantes

O presente estudo tem um desenho quantitativo e transversal. Os métodos de amostragens utilizados foram por conveniência e “bola de neve”. Os critérios de inclusão foram definidos para idosos. Os critérios de exclusão foram definidos para pessoas ainda não consideradas idosas e aqueles que possam ter um diagnóstico formal ou médico de demência, já que este diagnóstico poderá dificultar a compreensão dos itens. Os dados do presente estudo foram recolhidos entre os meses de outubro de 2023 e março de 2024.

Inicialmente, 684 participantes responderam ao questionário. No entanto, 105 participantes foram excluídos por terem menos de 65 anos, seguindo os critérios da OMS (2002). No total, responderam ao questionário 579 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos ($M = 74.08$, $DP = 6.71$), sendo mais de metade da amostra (64.1%) mulher.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi desenvolvido um questionário sociodemográfico com o objetivo de recolher informações relevantes sobre os participantes (e.g., idade, género, estado civil e escolaridade).

Health Literacy Survey 19

O *Health Literacy Survey 19* (HLS₁₉-Q12) (Pelikan et al., 2022; Versão portuguesa: Arriaga et al., 2022), é a versão reduzida do HLS₁₉-Q47. É composta por doze itens que permitem avaliar o nível de literacia de saúde, assim como as dimensões da promoção da saúde, da prevenção da doença e dos cuidados de saúde. A dimensão da promoção da saúde é composta pelos itens 1, 2, 3, e 4 (e.g., “Para si, quão fácil ou difícil é seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?” – item 4). A dimensão da prevenção da doença é composta pelos itens 5, 6, 7 e 8 [e.g., “Para si, quão fácil ou difícil é decidir como pode proteger-se da doença com base em informação dada através dos meios de comunicação? (p.e., jornais, televisão ou Internet) – item 8]. A dimensão dos cuidados de saúde é composta pelos itens 9, 10, 11 e 12 (e.g., “Para si, quão fácil ou difícil é tomar decisões para melhorar a sua saúde e bem-estar?” – item 12). A escala de resposta apresenta cinco opções [“Muito fácil” (4), “Fácil” (3), “Difícil” (2), “Muito Difícil” (1) e “Não sei” (0)]. Valores mais altos indicam um maior nível de literacia em saúde

(Arriaga et al., 2022).

Na escala original, os valores do alfa de Cronbach situam-se entre .67 e .87 (Pelikan et al., 2022) e na versão portuguesa, situam-se nos .902 (Arriaga et al., 2022). Na amostra em estudo, os valores do alfa de Cronbach da escala total situam-se nos .919, correspondendo a uma boa consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994).

eHealth Literacy Scale

O *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) (Norman & Skinner, 2006a; Versão Portuguesa: Brandão, 2012), é composto por oito itens (e.g., “Eu sei quais os recursos de saúde que estão disponíveis na internet” – exemplo do item 1), sendo que permite avaliar a experiência de utilização da internet para obter informação sobre a saúde. Apresenta uma escala de resposta tipo Likert com cinco alternativas que varia de “Discordo fortemente” até “Concordo fortemente”. Valores mais altos indicam um maior nível de literacia em saúde digital. Existem, ainda, mais dois itens que permitem complementar a informação obtida pelo instrumento (e.g., “Em que medida considera que a Internet é útil para o ajudar a tomar decisões sobre a sua saúde?” e “Em que medida é importante para si poder aceder a recursos de saúde na Internet?”). A escala de resposta tipo Likert apresenta cinco opções, variando entre “Não é útil de todo” a “Muito útil” e “Não é importante de todo” a “Muito importante”, respetivamente. As pontuações finais podem variar de 8 a 40, já que os dois primeiros itens não entram na contagem final.

Os valores do alfa de Cronbach na escala original situam-se nos .88 (Norman & Skinner, 2006a). Na amostra em estudo, os valores do alfa de Cronbach da escala total situam-se nos .970, correspondendo a uma boa consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994).

World Health Organisation- Five Well-Being Index

O *World Health Organisation-Five Well-Being Index* (WHO-5) (WHO, 1988; Versão Portuguesa: WHO, 2024), pretende avaliar o bem-estar, tendo em consideração as últimas duas semanas. É composta por cinco itens (e.g., “Senti-me alegre e bem-disposto”– item 1), com uma escala de resposta tipo Likert com seis alternativas que varia de “Todo o tempo” a “Nunca”. As pontuações variam de 0 a 25, sendo que, ao serem multiplicadas por 4, permitem obter uma percentagem de 0 a 100. Valores mais altos indicam um melhor bem-estar (WHO, 1988).

Coelho et al., (2022) encontraram uma consistência interna de .87 numa amostra portuguesa. Na amostra em estudo, os valores do alfa de Cronbach da escala total situam-se nos .886, correspondendo a uma boa consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994).

Perceived Stress Scale

A *Perceived Stress Scale* (PSS) (Cohen et al., 1983; Versão portuguesa: Gaspar et al., 2023), permite avaliar o *stress* percebido pelo indivíduo. A escala utilizada no presente estudo é composta por 4 itens (e.g., “No último mês com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?” – item 1), apresentando uma escala de resposta tipo Likert com cinco alternativas de resposta, variando de “Nunca/Quase nunca” até “Sempre/Quase sempre”. De modo que valores mais altos indicam maior capacidade de gestão de *stress*, os itens 1 e 4 precisam de ser invertidos.

Os valores do alfa de Cronbach na escala dos quatro itens original situam-se nos .72 (Cohen et al., 1983). Gaspar et al., (2023) encontram valores de .77, num estudo com uma amostra portuguesa. Na amostra em estudo, os valores do alfa de Cronbach da escala total situam-se nos .726, correspondendo a uma boa consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994).

Procedimentos

Questões Éticas

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia e de Ciências da Vida, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (CEDIC-2022-07-07).

Contacto com os Participantes

A amostra foi recolhida recorrendo a duas formas. Por um lado, o estudo foi divulgado em associações e universidades seniores, através da partilha do link do protocolo do estudo. Um exemplo dos emails de contacto enviados poderá ser consultado no Anexo I. E, simultaneamente, o estudo foi divulgado nas redes sociais, de modo a alcançar os participantes com acesso à internet. Foi desenvolvido um póster para a divulgação do estudo na redes sociais, que pode ser consultado na secção dos Anexos (Anexo II).

Com o objetivo de incluir participantes sem acesso à internet foram realizados contactos a associações de reformados e a centros de dia, para a realização dos questionários pessoalmente. Alguns dos questionários foram entregues em papel para serem preenchidos de forma autónoma. No entanto, devido às necessidades individuais, alguns questionários foram realizados em formato de entrevista, através da leitura das perguntas e anotação das respostas. Independentemente do formato utilizado, os questionários foram aplicados em salas separadas das áreas comuns dos centros e associações, de modo a garantir um ambiente mais calmo e com menos distrações. Foram fornecidas a mesmas instruções aos participantes, assim como foi

disponibilizada assistência para responder a perguntas, de modo a garantir que todos compreendessem o procedimento.

Em qualquer dos casos, antes do início do questionário, o consentimento informado era apresentado e explicado, enfatizando que a participação era voluntária e que os participantes poderiam desistir a qualquer momento. Foi garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados, que seriam usados exclusivamente para fins educacionais. O consentimento informado poderá ser consultado na secção dos Anexos (Anexo II). Após aceitarem o consentimento informado, os itens dos questionários eram apresentados. No final do protocolo, uma mensagem de agradecimento era transmitida.

Análise de Dados

As análises foram realizadas no *IBM SPSS Statistics* (versão 26.0). Foi, inicialmente, analisada a base de dados. Foram codificados os *missings* para os valores em falta e verificado a amplitude de resposta de todos os itens respondidos, de modo a verificar se as respostas se encontravam dentro da amplitude esperada.

De modo que a *Perceived Stress Scale* estivesse codificada para que resultados mais altos corresponderem a valores mais elevados de capacidade de gestão de *stress*, foram invertidos os itens 1 (“No último mês com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?”) e 4 (“No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?”). Posto isto, procedeu-se ao somatório de cada variável em estudo.

De seguida, foi utilizado o Alfa de Cronbach com o objetivo de verificar a fiabilidade dos instrumentos para a população em estudo. Foram utilizados os critérios de Nunnally e Bernstein (1994) para a caracterização dos valores do Alfa de Cronbach.

De modo a caracterizar a amostra, assim como as variáveis em estudo, foram realizadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, assimetria e curtose).

Antes de se realizarem as análises de comparação entre os grupos, foram realizadas análise para verificar a distribuição da amostra, através da análise da curtose e da assimetria. O critério utilizado foi o de Kline (2005), onde afirma que valores de curtose entre 10 e -10, e valores de assimetria entre 3 e -3, poderão ser considerados uma distribuição normal. Desta forma, os valores encontram-se dentro dos valores desejados. Recorreu-se, simultaneamente, ao teste estatístico *Kolmogorov-Smirnov*, para verificação da normalidade, tendo em consideração os critérios de Fife-Schaw (2006) (i.e., se existir uma violação parcial dos

pressupostos de normalidade, deve-se realizar tanto os testes paramétricos como os não paramétricos e se os resultados forem congruentes, deve-se considerar os testes paramétricos).

Para a concretização do segundo objetivo, foram utilizadas duas análises estatísticas diferentes: (a) Teste-T para Amostras Independentes para verificar se existem diferenças entre a literacia em saúde tradicional e digital entre o género e a frequência da universidade sénior; (b) ANOVA para verificar se existem diferenças entre a literacia em saúde tradicional e digital entre grupos de idade e o nível de escolaridade.

Para a concretização do terceiro e do quarto objetivo foi utilizada a Correlação Bivariada de *Pearson*. Foi utilizado o critério de Cohen (1988) para a avaliação da magnitude, onde todos os valores inferiores a .1 são triviais, de .1 a .3 é uma associação fraca, de .3 a .5 é uma associação moderada e todos os valores superiores a .5 representam uma associação forte.

Para a concretização do quinto objetivo, foi realizado um modelo de mediação realizado através do *Macro Process* (Hayes, 2018). Antes da realização do modelo, Baron e Kenny (1986) recomendam três passos a realizar. Em primeiro lugar, deve-se demonstrar que a variável independente influencia significativamente a variável dependente numa primeira regressão. Em segundo, deve-se verificar se a variável independente influencia significativamente a variável considerada como mediadora. E, por fim, realizar uma regressão com a variável independente e mediador e verificar se esta última influencia significativamente a variável dependente. Deste modo, foram realizadas diversas regressões de modo a verificar o papel preditivo da variável independente e moderadora na variável dependente, antes da realização do modelo de mediação. De seguida, foi realizado um modelo de mediação (Modelo 4), utilizando a Literacia em Saúde (tradicional e digital) como variável independente (Variável X), a Competência de Gestão de *Stress* como variável mediadora (Variável M) e o Bem-Estar como variável dependente (Variável Y).

Resultados

Características Sociodemográficas da Amostra

Conforme a Tabela 1, mais de metade da amostra (56.5%) responderam que tinham um diagnóstico de doença crónica. Mais de metade da amostra (50.6%) refere estar casado/união de facto. Relativamente à escolaridade, a maioria dos participantes afirmaram ter o ensino básico concluído (33.3%). Existem mais participantes a afirmar não frequentar uma universidade sénior (69.6%). Mais de metade da amostra (56.6%) reside na área metropolitana de Lisboa. Por fim, a maioria da amostra (90%) encontra-se reformada.

Tabela 1*Características Sociodemográficas da Amostra (N = 579)*

Variável	n (%)
Doença Crónica	
Sim	327 (56.5%)
Não	252 (43.5%)
Estado Civil	
Solteiro	38 (6,6%)
Casado/União de Facto	293 (50.6%)
Divorciado/Separado	68 (11.7%)
Viúvo	180 (31.1%)
Escolaridade	
Não completou ensino básico	101 (17.4%)
Ensino Básico concluído	193 (33.3%)
Ensino Secundário concluído	137 (23.7%)
Licenciatura	98 (16.9%)
Mestrado	21 (3.6%)
Doutoramento	13 (2.2%)
Outro	16 (2.8%)
Universidade Sénior	
Sim	158 (27.3%)
Não	403 (69.6%)
Sim, mas já não frequento	18 (3.1%)
Local de Residência	
Norte	19 (3.3%)
Área Metropolitana do Porto	20 (3.5%)
Centro	62 (10.7%)
Área Metropolitana de Lisboa	328 (56.6%)
Alentejo	6 (1%)
Algarve	5 (0.9%)
Região Autónoma da Madeira	5 (0.9%)
Região Autónoma dos Açores	134 (23.1%)
Situação Profissional	
Reformado	521 (90%)
Reformado com atividade profissional	44 (7.6%)
Outro	14 (2.4%)

Nota. Em relação à idade $M = 74.08$ $DP = 6.71$

Estatística Descritiva da Literacia em Saúde

A amostra em estudo apresenta uma média de literacia de 33.82 ($DP = 8.23$), podendo o nível qualitativo ser classificado como ‘Suficiente’ (Pelikan et al., 2022). A Tabela 2 apresenta os principais resultados relacionados com os itens do instrumento. Os participantes referiram ter mais facilidades na capacidade de “descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (tais como médico, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo)?” (94.1% refere ter facilidade), “seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?” (87.2% refere ter facilidade) e “compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam da sua família e amigos?”

(86% refere ter facilidade). A dimensão que a amostra revelou mais dificuldades está relacionada com a capacidade de “encontrar informação para lidar com problemas de saúde mental? (p.e., stress, depressão ou ansiedade)” (45.3% refere ter facilidade).

Tabela 2

Estatística Descritiva da Literacia em Saúde

Itens do HLS ₁₉ -Q12	<i>M</i>	<i>DP</i>	% Refere facilidade
... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (tais como médico, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo)?	3.65	0.82	94.1%
...seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	3.09	0.83	87.2%
...compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam da sua família e amigos?	3.00	0.77	86.0%
...avaliar de que modo as condições da sua habitação podem afetar a sua saúde e bem-estar?	2.92	0.91	81.3%
...avaliar quão segura é a informação sobre hábitos pouco saudáveis, como fumar, atividade física insuficiente ou tomar bebidas alcoólicas em demasia?	3.89	1.00	79.8%
..encontrar informação sobre estilos de vida saudáveis, como a prática de exercício físico, alimentação saudável ou nutrição?	2.83	0.95	76.3%
...tomar decisões para melhorar a sua saúde e bem-estar?	2.81	0.90	73.9%
...compreender o que fazer numa urgência médica?	2.72	0.92	70.5%
...decidir como pode proteger-se da doença com base em informação dada através dos meios de comunicação? (p.e., jornais, televisão, internet)	2.62	0.98	66.1%
...compreender informação sobre rastreios ou exames recomendados? (p.e., rastreio do cancro colorretal, teste de glicemia)	2.59	1.03	66.0%
...avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?	2.47	1.01	58.7%
...encontrar informação para lidar com problemas de saúde mental? (p.e., stress, depressão ou ansiedade)	2.19	1.10	45.3%

Nota. *M* = Média, *DP* = Desvio Padrão. O número total de participantes que responderam é de 579.

Estatística Descritiva da Literacia em Saúde Digital

Em relação à literacia em saúde digital, a amostra apresentou níveis baixos ($M = 19.35$, $DP = 8.92$), sendo que mais de metade da amostra apresenta um nível baixo de literacia em saúde digital (Richtering et al., 2017). Os resultados apresentados na Tabela 3 demonstram que apenas 32.3% da amostra considera a internet importante para aceder a recursos sobre a saúde, e 35.9% da amostra considera que a internet é útil para tomar decisões sobre a saúde. Os resultados das estatísticas descritivas da literacia em saúde digital revelam que menos de metade da amostra apresentam facilidades na utilização da internet para questões de saúde, assim como percecionam falta de competências para avaliar a informação encontrada e falta de confiança na utilização das informações para tomar decisões.

Tabela 3*Estatística Descritiva da Literacia em Saúde Digital*

Itens do eHEALS	<i>M</i>	<i>DP</i>	% Concorda
Em que medida considera que a Internet é útil para o ajudar a tomar decisões sobre a sua saúde?	2.69	1.32	35.9%
Em que medida é importante para si poder aceder a recursos de saúde na Internet?	2.58	1.29	32.3%
Sei como utilizar a Internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	2.51	1.29	32.1%
Sei como utilizar a informação sobre saúde que encontro na Internet para me ajudar.	2.50	1.24	29.2%
Sei como encontrar recursos de saúde úteis na Internet.	2.45	1.25	29%
Eu sei quais os recursos de saúde que estão disponíveis na Internet.	2.44	1.15	23.7%
Sei onde encontrar recursos de saúde úteis na Internet.	2.44	1.22	28.2%
Sou capaz de distinguir recursos de saúde de baixa qualidade na Internet.	2.39	1.26	25.2%
Tenho as competências necessárias para avaliar os recursos de saúde que encontro na Internet.	2.38	1.23	25.6%
Sinto-me confiante na utilização de informações da Internet para tomar decisões relacionadas com a saúde.	2.20	1.15	21.6%

Nota. *M* = Média, *DP* = Desvio Padrão. O número total de participantes que responderam é de 579.

Comparação de Grupos

As tabelas referentes às comparações de grupos poderão ser consultadas na secção dos anexos (Anexo II a Anexo V).

Género

Com o objetivo de verificar se existem diferenças na literacia em saúde e na literacia em saúde digital tendo em consideração o género, foi realizado o teste paramétrico de Teste-T para Amostras Independentes.

Desta forma, não existem diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde tradicional tendo em consideração o género [$t(574) = -.064, p = .949$]. No entanto, existem diferenças estatisticamente significativas na literacia em saúde digital tendo em consideração o género [$t(574) = -2.920, p = .004, d = -.245$], sendo que os homens apresentam médias de literacia em saúde digital maiores ($M = 20.77, DP = 8.86$) que as mulheres ($M = 18.52, DP = 8.89$).

Grupos de Idade

Com o objetivo de verificar se existem diferenças na literacia em saúde e na literacia em saúde digital tendo em consideração a idade, foi, inicialmente, dividida a variável 'Idade' em três grupos, tendo em consideração a divisão de grupos etários apresentado pela PORDATA (PORDATA, 2023). Desta forma, foram criados três grupos dos '65 aos 69 anos', dos '70 aos 74 anos' e do 'mais de 75 anos', e realizado o teste paramétrico da ANOVA.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de idade para a Literacia em Saúde [$F(2) = 15.429, p < .001, \eta^2 = .051$]. Através das comparações múltiplas, utilizando o teste *Post Hoc*, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos, sendo que o grupo ‘dos 65 aos 69 anos’ apresentou uma média superior ($M = 36.25, DP = 5.98$), seguido do grupo ‘dos 70 aos 74 anos’ ($M = 34.54, DP = 7.93$) e, por fim, o grupo dos ‘mais de 75 anos’ ($M = 32.06, DP = 8.38$).

Comparativamente, existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de idade para a Literacia em Saúde Digital [$F(2) = 42.134, p < .001, \eta^2 = .129$]. Através das comparações múltiplas, utilizando o teste *Post Hoc*, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos, sendo que o grupo ‘dos 65 aos 69 anos’ apresentou uma média superior ($M = 23.22, DP = 8.19$), seguido do grupo ‘dos 70 aos 74 anos’ ($M = 20.66, DP = 8.41$) e, por fim, o grupo dos ‘mais de 75 anos’ ($M = 15.77, DP = 8.36$).

Escolaridade

Inicialmente, foram criados três grupos tendo em consideração o nível de escolaridade, ‘Não Completou Escolaridade Obrigatória’, ‘Escolaridade Obrigatória Concluída’ e ‘Ensino Superior’. Por existirem três grupos, foi realizado o teste paramétrico da ANOVA.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos para a literacia em saúde [$F(2) = 61.428, p < .001, \eta^2 = .180$]. Através das comparações múltiplas, utilizando o teste *Post Hoc*, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos, sendo que o grupo do ‘Ensino Superior’ apresentou uma média superior de literacia em saúde ($M = 38.61, DP = 5.85$), seguido do grupo da ‘Escolaridade Obrigatória Concluída’ ($M = 36.28, DP = 5.56$) e, por fim, o grupo que ‘Não Completou Escolaridade Obrigatória’ ($M = 30.63, DP = 8.76$).

O mesmo padrão verificou-se na literacia em saúde digital, onde também se encontraram diferenças estatisticamente significativas [$F(2) = 146.533, p < .001, \eta^2 = .344$], sendo que o grupo com o ‘Ensino Superior’ apresentou uma média estatisticamente superior ($M = 26.09, DP = 7.30$), seguido do grupo da ‘Escolaridade Obrigatória Concluída’ ($M = 23.27, DP = 7.03$) e, por fim, o grupo que ‘Não Completou Escolaridade Obrigatória’ ($M = 14.37, DP = 7.31$).

Frequência na Universidade Sénior

Com o objetivo de verificar se existem diferenças na literacia em saúde e na literacia em saúde digital tendo em consideração a frequência ou não da universidade sénior, foi realizado o teste paramétrico de Teste-T para Amostras Independentes.

Existem diferenças significativas para a literacia em saúde [$t(479,918) = -6.640, p < .001, d = -.517$] e para a literacia em saúde digital [$t(362,645) = -4.010, p < .001, d = -.350$], tendo em consideração a frequência numa universidade sénior. Os participantes que estão numa universidade sénior apresentam médias superiores de literacia em saúde ($M = 36.71, DP = 5.91$) e de literacia em saúde digital ($M = 21.50, DP = 8.27$) do que aqueles que não frequentam para a literacia em saúde ($M = 32.56, DP = 8.77$) e para a literacia em saúde digital ($M = 18.41, DP = 9.05$).

Correlações

Com o objetivo de verificar a relação entre as variáveis em estudo foram utilizadas correlações Bivariada de Pearson. Conforme se pode verificar na Tabela 4, foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa, positiva e moderada entre a Literacia em Saúde e a Literacia em Saúde Digital ($r = .451, p < .001$). Igualmente, a Literacia em Saúde está correlacionada de forma positiva com o Bem-Estar ($r = .240, p < .001$), sendo uma correlação estatisticamente significativa e fraca. Por fim, a Literacia em Saúde e a Capacidade de Gestão de *Stress* também se encontram correlacionadas ($r = .335; p < .001$), sendo uma correlação estatisticamente significativa, positiva e moderada. A Literacia em Saúde Digital encontra-se correlacionada com o Bem-Estar ($r = .135, p < .001$) e com a Capacidade de Gestão de *Stress* ($r = .285, p < .001$), sendo ambas as correlações estatisticamente significativas, positivas e fracas. Por fim, a Capacidade de Gestão de *Stress* e o Bem-Estar encontram-se correlacionados ($r = .541, p < .001$) de forma estatisticamente significativa, positiva e forte.

Tabela 4

Correlações entre as Variáveis em Estudo

	Literacia em Saúde	Literacia em Saúde Digital	Bem-Estar	Capacidade de Gestão de <i>Stress</i>
Literacia em Saúde		0.451***	0.240***	0.335***
Literacia em Saúde Digital			0.135**	0.285***
Bem-Estar				0.541***

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

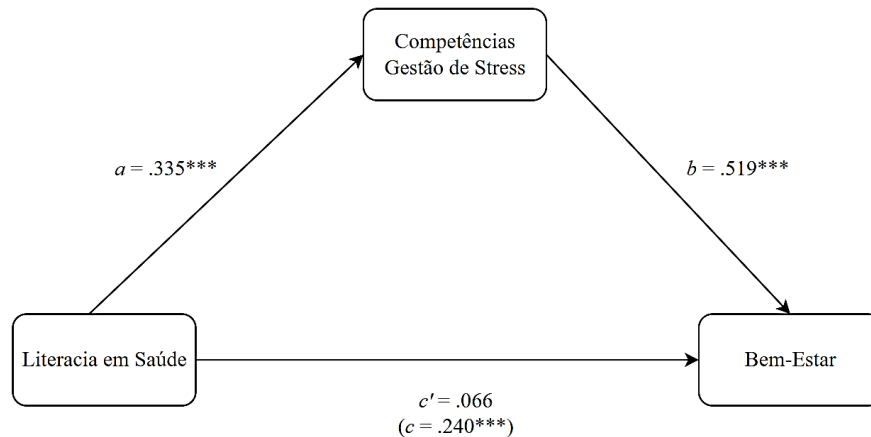
Modelo de Mediação – Literacia em Saúde

Tal como se pode observar na Figura 2, os resultados demonstraram um efeito total (*c path*) significativo entre a Literacia em Saúde e o Bem-Estar ($B = .240, p < .001$), assim como uma relação estatisticamente significativa entre a Literacia em Saúde e as Competências de Gestão de *Stress* (*a path*) ($B = .335, p < .001$), e entre as Competências de Gestão de *Stress* e o Bem-Estar (*b path*) ($B = .519, p < .001$). Ao incluir a variável de Competências de Gestão de *Stress* no modelo, o efeito direto (*c'*) deixou de ser significativo ($B = .066, p = .077$). Existe,

assim, uma mediação completa [$F(2, 576) = 121.674, p < .001, r^2 = .297$], sendo que as Competências de Gestão de *Stress* podem ser consideradas como um mediador da Literacia em Saúde no Bem-Estar (IC 95% BootLLCI = .129; BootULCI = .224).

Figura 3

Modelo da Mediação referente à Literacia em Saúde



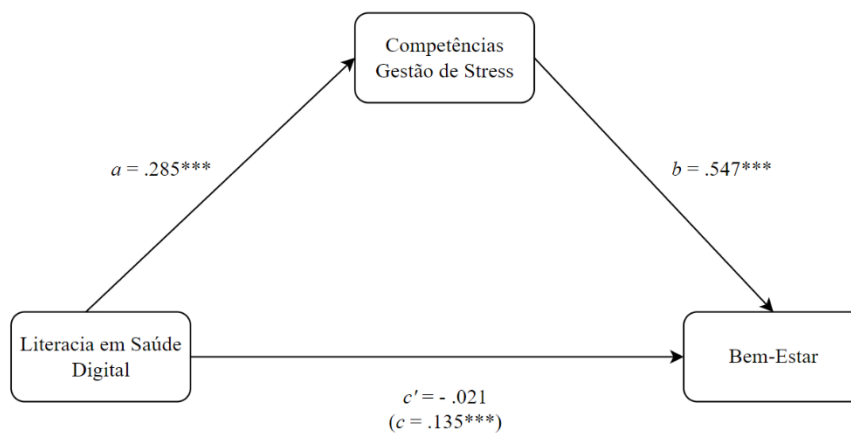
Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Modelo de Mediação – Literacia em Saúde Digital

Conforme a Figura 3, os resultados demonstraram um efeito total (*c path*) significativo entre a Literacia em Saúde Digital e o Bem-Estar ($B = .135, p < .001$), assim como uma relação estatisticamente significativa entre a Literacia em Saúde Digital e as Competências de Gestão de *Stress* (*a path*) ($B = .285, p < .001$), e entre as Competências de Gestão de *Stress* e o Bem-Estar (*b path*) ($B = .547, p < .001$). Ao incluir a variável de Competências de Gestão de *Stress* no modelo, o efeito direto (*c'*) deixou de ser significativo ($B = -.021, p = .564$). Existe, assim, uma mediação completa [$F(2, 576) = 119.683, p < .001, r^2 = .294$], sendo que as Competências de Gestão de *Stress* pode ser considerada como um mediador da Literacia em Saúde no Bem-Estar (IC 95% BootLLCI = .108; BootULCI = .206).

Figura 4

Modelo da Mediação referente à Literacia em Saúde Digital



Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Discussão

O principal objetivo era caracterizar a relação entre a literacia em saúde (incluindo a literacia em saúde digital), o bem-estar e a gestão do *stress* em indivíduos idosos. Desta forma, foram criados diversos objetivos específicos.

O primeiro objetivo pretendia avaliar o nível de literacia em saúde, tanto a tradicional como a digital, em idosos.

Os participantes revelaram valores satisfatórios de literacia em saúde tradicional, o que, comparativamente com outros estudos semelhantes (Costa et al., 2023), poderá indicar para uma tendência de aumento deste indicador. Quase 95% da amostra revelou facilidade em saber onde obter ajuda especializada quando está doente.

Mais de metade da amostra (86%) demonstrou facilidade na compreensão de conselhos sobre saúde da família e amigos. A família e amigos chegados são fundamentais para o aumento das capacidades de compreensão de informação relacionada com a saúde (e.g., medicação), para a navegação no sistema de saúde (e.g., ao serem acompanhados em consultas médicas) ou para ajudar na tomada de decisão. Esta ajuda, conseqüentemente, poderá ter um impacto nos níveis de literacia em saúde (Liu et al., 2019).

Outro aspeto que se demonstrou fácil para os participantes está relacionado com o cumprimento das instruções do médico ou farmacêutico (87.2% revelou facilidade). Os profissionais de saúde apresentam um papel privilegiado na transmissão de informação (e.g., diagnóstico, tratamento), que terá um impacto nos níveis de literacia em saúde. Para que esta informação seja compreendida e seguida pelo doente, é necessário o estabelecimento de uma relação sólida e forte, assim como consideração do nível de literacia em saúde das pessoas, de modo que a informação seja transmitida de uma forma clara, para que seja facilmente compreendida pelo indivíduo. Desta forma, os profissionais de saúde poderão apresentar um papel privilegiado na promoção dos níveis de literacia em saúde (Netemeyer et al., 2020).

No entanto, a dimensão que revelou mais dificuldades está relacionada com a procura de informação para lidar com problemas de saúde mental. A literacia em saúde mental é definida como o conhecimento e as crenças que um indivíduo apresenta sobre a saúde e doenças mentais, o que condiciona o reconhecimento, gestão e prevenção das mesmas. Uma baixa literacia em saúde mental tem sido associada a indivíduos mais velhos, e, por apresentarem poucos conhecimentos sobre a saúde mental, acabam por ter mais dificuldade em procurar informação e ajuda para lidar com os mesmos, o que poderá ser uma explicação para os resultados encontrados (Piper et al., 2018).

Em relação à literacia em saúde digital, os resultados demonstram uma baixa literacia em saúde digital, resultados congruentes com outros estudos que avaliaram os níveis de literacia em saúde digital em idosos em Portugal (Gaspar & Sousa, 2024).

Uma variável a ter em consideração é a literacia digital, caracterizada pelo conjunto de capacidades necessárias para a utilização adequada e segura da internet e de aparelhos eletrónicos. Apesar da proporção de indivíduos na terceira idade com acesso à internet ter aumentado nos últimos anos, a percentagem de capacidades básicas de literacia digital continua a diminuir com a idade, sendo os mais idosos os que apresentam valores mais baixos de competências digitais. Ao apresentarem mais dificuldade ou menos experiência no uso das novas tecnologias, acabam por não as conseguir utilizar de forma eficaz para questões relacionadas com a saúde, o que poderá condicionar os níveis de literacia em saúde digitais (Azevedo, 2013; Bejaković & Mrnjavac, 2024; Dong et al, 2023; Moreira et al., 2022).

O segundo objetivo pretendia comparar os níveis de literacia em saúde, tanto tradicional como digital, tendo em consideração diversos grupos.

Em relação ao género, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a literacia em saúde entre homens e mulheres. As diferenças entre homens e mulheres têm sido documentadas na literatura com alguma incongruência, já que alguns estudos encontram valores mais elevados de literacia em saúde em mulheres (Chakraverty et al., 2022; Svendsen et al., 2020) e outros que não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o género (Ehmann et al., 2020; García-García & Pérez-Rivas, 2022).

A literatura tem demonstrado que as mulheres tendem a reportar valores de literacia em saúde mais elevados que os homens devido a um maior contacto com questões relacionadas com a saúde (e.g., tomar conta de um familiar doente, idas mais frequentes a centro de saúde) (Lee et al., 2015; Sudore et al., 2006). No entanto, não foi o que aconteceu na amostra em estudo, já que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Uma possível explicação para estes resultados poderá estar relacionada com a pandemia Covid-19. Durante o período mais crítico da pandemia, diversas campanhas de prevenção da doença e de promoção da saúde (e.g., vacinação, utilização da máscara) foram idealizadas. Simultaneamente, os profissionais de saúde foram fundamentais na transmissão de informação sobre a saúde, especialmente dos grupos mais em risco, como os idosos, que necessitaram de compreender mais sobre a pandemia, de modo a melhor se protegerem. Desta forma, este período poderá ter tido um impacto nos níveis de literacia em saúde, podendo ser uma possível explicação para a diminuição das diferenças entre homens e mulheres já que, de igual forma,

foram todos informados sobre que comportamentos a ter de modo a prevenir a doença, e estes comportamentos poderão ter sido transportados e ainda aplicados em períodos menos críticos da pandemia (Ayaz-Alkaya & Dülger, 2022; Smith, 2021).

Em relação à literacia em saúde digital, existem estudos que encontraram valores mais elevados de literacia em saúde digital em mulheres (Sørensen et al., 2015; Zakar et al., 2021), outros em homens (Abdulai et al., 2020; Do et al., 2020), sendo que os resultados do presente estudo estão em conformidade com os últimos autores citados.

Uma possível explicação para esta diferença encontrada poderá estar relacionada com a tendência de existirem mais homens em empregos relacionados com engenharia computacional ou com a internet. Muitos destes idosos, que tiveram o seu primeiro contacto com computadores ainda na vida ativa, poderão transportar as competências digitais aprendidas no trabalho para a reforma, e, assim, ainda a utilizarem de forma eficaz (Abdulai et al., 2021; Azevedo, 2013).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a literacia em saúde no que toca à idade, sendo que os indivíduos mais novos apresentaram médias de literacia em saúde maiores, resultados congruentes com a literatura (Tao et al., 2024). O mesmo padrão foi verificado em relação à literacia em saúde digital, tanto no presente estudo, como na literatura (Hoogland et al., 2020; Shi et al., 2023).

Em relação à escolaridade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que os indivíduos com mais escolaridade apresentam valores mais elevados de literacia em saúde e de literacia em saúde digital. Os resultados obtidos vão em sintonia com a literatura (Shahid et al., 2022; Veiga, 2015; Yekaninejad et al., 2024).

As oportunidades educacionais que cada indivíduo teve ao longo da sua vida poderão ajudar a explicar estes resultados. Tendencialmente, indivíduos mais velhos apresentam menos escolaridade, uma realidade conhecida em Portugal. Mais de metade da amostra em estudo apresenta mais de 70 anos, tendo, assim, nascido na década de 1950 ou em décadas anteriores, ou seja, num período marcado por pouco acesso à educação devido aos baixos rendimentos familiares e, por isso, o trabalho era visto como a melhor opção para ajudar o núcleo familiar (INE, 2002; Moreira, 2020; Klinger et al., 2023)

Desta forma, menor escolaridade poderá deixar o indivíduo mais vulnerável, devido a baixos níveis de literacia, caracterizada pelo conjunto de capacidades de leitura, de escrita, de aritmética, de linguagem e de compreensão da linguagem, capacidades que são desenvolvidas ao longo da escolaridade. Posteriormente, estas aptidões são a base da literacia em saúde, já que

permitem ao indivíduo aceder, perceber, avaliar e aplicar a informação relativa à saúde (Kindig et al., 2004; Moreira, 2020; Zua, 2021).

Assim, indivíduos mais novos e com mais escolaridade, por terem mais literacia, poderão se sentir mais confiantes na comunicação com os profissionais de saúde ou na compreensão da informação, o que vai influenciar a forma como utilizam esta informação, já que se encontram mais bem informados para tomar uma decisão relativa à sua saúde. Desta forma, os níveis de literacia, influenciados por uma maior oportunidade de educação, poderão ter um impacto nos níveis de literacia em saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021; Rheault et al., 2019).

Por outro lado, a literatura tem demonstrado que adultos mais velhos que apresentam níveis mais altos de educação, ao terem tido oportunidade para desenvolverem as suas capacidades cognitivas, têm maior probabilidade de apresentarem níveis de literacia digital básicos. Consequentemente, poderão necessitar menos ajuda na utilização das novas tecnologias, o que resulta em níveis mais elevados de literacia em saúde digital (Jung et al., 2022).

Por fim, os resultados demonstraram que os idosos que frequentam uma universidade sénior apresentam valores significativamente mais elevados de literacia em saúde e literacia em saúde digital, comparativamente com aqueles que não frequentam, resultados semelhantes encontrados por Gaspar e Sousa (2024).

Estas instituições permitem a melhoria das competências dos adultos mais velhos, através da educação em diversas áreas, como a saúde, existindo diversas universidades seniores com aulas relacionadas com a saúde (e.g., psicologia, saúde e bem-estar). Estas aulas poderão estimular as capacidades de procura, de compreensão, de avaliação e de comunicação sobre a saúde, ter um impacto sobre as crenças que os idosos têm sobre a saúde, ou aumentar a participação em programas de prevenção. Assim, apresentam um papel fundamental na literacia em saúde, o que poderá explicar os resultados encontrados (Formosa, 2019; Karkach & Semigina, 2024).

A área das tecnologias também é cada vez mais comum em universidades seniores. Atualmente mais focadas na utilização de telemóveis e *tablets*, permitem aumentar as competências digitais. Como já mencionado o impacto das competências digitais nos níveis de literacia em saúde digital, estas aulas poderão ter um impacto na forma como os adultos mais velhos usam a internet para a saúde, podendo explicar assim os valores mais altos de literacia em saúde digital naqueles que frequentam uma universidade sénior (Bejaković & Mrnjavac, 2024; Jacob & Pocinho, 2019).

O terceiro e quarto objetivo tinham como finalidade avaliar a relação entre a literacia em saúde (tradicional e digital) com a competência de gestão de *stress* e o bem-estar.

A literacia em saúde (tradicional e digital) encontra-se correlacionada de forma positiva e significativa com a capacidade de gestão de *stress*, resultados congruentes com outros estudos realizados na área da literacia em saúde (Aygün & Cerim, 2020; Bae & Yoon, 2021) e na área da literacia em saúde digital (Kim et al., 2023).

Parece, assim, existir uma relação entre o conhecimento adquirido sobre a saúde e a aplicação do mesmo em situações mais stressantes, ou seja, indivíduos com menor literacia em saúde, por apresentarem competências mais limitadas com a procurar, acesso, compreensão e aplicação da informação sobre a saúde, poderão ter um conhecimento mais limitado sobre a saúde, e, conseqüentemente, podem ter menos competências de gestão de *stress*. Assim, há medida que os níveis de literacia em saúde aumentam, aumenta, simultaneamente, as competências de gestão de *stress* (Bae & Yoon, 2021; Baker, 2006; Michou et al., 2021; Sørensen et al., 2012).

Adicionalmente, a literacia em saúde (tradicional e digital) encontra-se correlacionada com o bem-estar, sendo uma correlação significativa e positiva, resultados congruentes com a literatura (Patias & Kaloyanova, 2022; Wahl et al., 2021).

A literatura aponta para uma possível relação entre a informação sobre a saúde e o bem-estar, já que indivíduos com níveis mais elevados de literacia em saúde ao apresentarem mais competências relacionadas com o procurar, o acesso, a compreensão e a aplicação da informação sobre a saúde, poderão ter certas atitudes ou comportamentos que contribuem para o bem-estar (e.g., gestão da saúde) (Jessup et al., 2017; Wahl et al., 2021).

A metodologia aplicada (correlação), ainda não permite estabelecer uma relação casual entre as variáveis estudadas, sendo que a relação contrária (e.g., melhores competências de gestão de *stress* podem levar a melhor literacia em saúde já que os indivíduos se encontram mais capazes de aprender), poderá ser considerada (Michou et al., 2021).

Desta forma, para melhor compreender a relação entre as diversas variáveis realizou-se um modelo de mediação, tendo por base o modelo de literacia em saúde integrativo de Sørensen et al. (2012). Este modelo propõe que a literacia em saúde poderia ter um impacto nos comportamentos de saúde que, por sua vez, teriam um impacto nos resultados de saúde. Foram realizados dois modelos de mediação (um para a literacia em saúde tradicional e outro para a literacia em saúde digital). A variável das competências de gestão de *stress* demonstrou ser uma variável mediadora entre a literacia em saúde e o bem-estar, sendo que, ao ser incluída no

modelo, a relação entre a literacia em saúde e o bem-estar deixou de ser significativa, constituindo-se uma mediação total.

A literacia em saúde parece estar associada ao bem-estar, já que estudos demonstram que indivíduos com níveis mais baixos de literacia em saúde tendem a reportar pior bem-estar, comparativamente com aqueles que apresentam melhores valores de literacia em saúde. Menores níveis de literacia em saúde poderão estar associados a uma menor aderência à medicação e à terapêutica, assim como menores competências de autoeficácia e autogestão de doenças, especialmente em idosos mais velhos, tendo, conseqüentemente um impacto no bem-estar (Rosenblad et al., 2024).

Assim, a literacia em saúde é vista como uma possível variável a promover para melhorar o bem-estar, mas também a qualidade de vida e a saúde em geral. A literatura tem demonstrado que a relação entre a literacia em saúde e os resultados de saúde (e.g., bem-estar), poderá ser mediada através de aspetos como a aquisição de informação e conhecimento sobre a saúde. Indivíduos com maiores níveis de literacia em saúde, ao apresentarem mais facilidade na procura, na compreensão e na aplicação da informação sobre a saúde, poderão apresentar mais conhecimento sobre a saúde, e terem maior probabilidade de se envolverem em comportamentos benéficos para a saúde e evitarem comportamentos de risco, levando a uma mudança de atitudes/comportamentos sobre a saúde (Alijanzadeh et al., 2023; Baker, 2006; Tokuda et al., 2009).

No estudo em questão, este conhecimento poderá estar relacionado com a capacidade de gestão de *stress*, já que a literacia em saúde parece predizer estas competências.

A literatura tem demonstrado que indivíduos com maiores níveis de literacia em saúde, por perceberem melhor informação relacionada com a saúde, poderão saber identificar os primeiros sinais de níveis de *stress* mais elevados, e quais as melhores estratégias para lidar com situações mais stressantes (e.g., risco de infeção). Por outro lado, indivíduos com literacia em saúde limitada poderão ter mais dificuldade na procura, no acesso ou na compreensão da informação sobre a saúde e, desta forma, apresentam um conhecimento mais limitado sobre como lidar em situações mais stressantes, levando um aumento dos níveis de *stress*. Assim, uma maior literacia de saúde poderá permitir uma maior confiança na procura e no acesso de informação de como lidar com o *stress*, assim como uma melhor compreensão e utilização da informação (Frias & Whyne, 2015; Ying et al., 2022; Wersebe et al., 2018).

Por sua vez, a literatura menciona a importância de competências de gestão de *stress* e das emoções, e o impacto que poderão ter no bem-estar dos idosos. A existência de mecanismos

mais adaptativos de lidar com as situações mais stressantes características da terceira idade (e.g., perda de capacidades), quer seja através do *mindfulness*, do acompanhamento psicológico ou através outras competências de gestão de stress, poderão servir como um fator de proteção do bem-estar, ao diminuir o impacto stressante que os eventos poderão ter no bem-estar. Por exemplo, a prática de exercício físico e o envolvimento em atividades sociais têm sido documentadas como formas de gestão do *stress*, com um impacto importante na saúde e no bem-estar do idoso (Kim et al., 2023; Son et al., 2021).

Desta forma, o Modelo Comportamental de Utilização dos Serviços de Saúde de Andersen, poderá ajudar a complementar a possível relação encontrada entre a literacia em saúde, as capacidades de gestão de stress e o bem-estar. No contexto do presente estudo, tanto a literacia em saúde tradicional quanto a digital podem ser vistas como características individuais, já que simboliza a forma como os idosos interagem com a informação sobre a saúde, desde a sua procura até à aplicação da mesma. Os idosos com níveis mais elevados de literacia em saúde poderão demonstrar maiores capacidades para compreender e aplicar as informações disponíveis, o que pode levar a decisões mais informadas e à adoção de práticas promotoras de saúde. Como resultado, tornam-se mais autónomos na gestão de saúde, especialmente em situações de *stress*, adotando estratégias de gestão de *stress* adequadas. Isso, por sua vez, poderá ter o potencial de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida (Andersen et al., 2014; Li et al., 2021).

Conclusão

Os idosos mais velhos, com menos escolaridade e que não frequentam uma universidade sénior, parecem ainda ser os grupos com valores de literacia em saúde mais baixos. Simultaneamente, a população idosa ainda apresenta índices muitos baixos de utilização da internet para questões relacionadas com a saúde, embora os idosos mais novos, com mais escolaridade e que frequentam uma universidade sénior apresentam valores mais satisfatórios de literacia em saúde digital. A literacia em saúde parece contribuir para o bem-estar dos adultos mais velhos, através do papel mediador das competências de gestão de *stress*.

Ainda assim, o presente estudo apresenta algumas limitações, como a utilização de instrumentos de autorrelato, o que poderá aumentar a desejabilidade social, e a amostragem por conveniência, o que poderá condicionar a generalização dos resultados. Estudos futuros devem ter consideração estas limitações, assim como poderia ser interessante o estudo do impacto da pandemia Covid-19 nos níveis de literacia em saúde da população idosa ou o impacto que a antiga profissão dos adultos mais velhos poderá ter nos níveis de literacia em saúde.

A literacia em saúde revela-se fundamental na psicologia clínica e da saúde. Maiores níveis de literacia de saúde permitem uma melhor comunicação entre o paciente e o profissional de saúde. Por um lado, o paciente sente menos medo e ansiedade na procura de ajuda, e mais confiante na expressão das suas preocupações. Por outro lado, compreende melhor as recomendações e orientações dos profissionais de saúde. Culmina numa participação mais ativa e informada nos cuidados de saúde, assim como uma melhor adesão ao tratamento e intervenções psicológicas. Maior literacia em saúde permite aos indivíduos reconhecer sinais precoces de doenças físicas e mentais, permitindo uma intervenção precoce, evitando o agravamento do estado de saúde. Simultaneamente, maiores índices de literacia em saúde ajudam a aumentar a autonomia e autoeficácia dos indivíduos, já que aumenta a capacidade destes de tomar decisões informadas sobre a sua saúde (Almeida et al., 2019; OPP, 2015).

O presente estudo contribuiu para a importância da literacia em saúde na área da psicologia clínica e da saúde, ao demonstrar que indivíduos com maiores níveis de literacia em saúde, parecem contribuir para um melhor bem-estar, através de competências de gestão de stress, que permitem ao idosos lidar com os desafios do envelhecimento (Gaffari-Fam et al., 2020; Miceli et al., 2019; Moseley et al., 2021; WHO, 2023a; Xiao et al., 2021).

A literacia em saúde é, assim, um fator determinante de saúde que pode ser modificado, e os psicólogos clínicos e de saúde poderão ter um trabalho ativo na sua promoção. Sessões de esclarecimento de dúvidas e de transmissão de informação sobre a saúde, folhetos educativos sobre como lidar com situações mais stressantes, ou sessões de treino de competências de procura de informação, poderão ser meios importantes para a promoção de literacia em saúde nesta população. As universidades seniores poderão ser meios de promoção de literacia em saúde, através das suas aulas de informática, que poderão aumentar a utilização das novas tecnologias para o uso na saúde, e através das suas aulas referentes à saúde, poderão ser importantes para promover conhecimento sobre a saúde (Almeida et al., 2019; Arriaga, 2019; Bejaković & Mrnjavac, 2024; Dinh et al., 2020; Jacob & Pocinho, 2019; Marshall et al., 2019).

Em resumo, a literacia em saúde, quer tradicional quer digital, é fundamental para a psicologia clínica e da saúde, já que influencia diretamente a capacidade dos indivíduos de compreender, participar e gerir a saúde física e mental de forma mais eficaz. Desta forma, é importante considerar a literacia em saúde como um componente importante na promoção de cuidados de saúde e do bem-estar, na população em geral, e em especial, na população idosa, devido a características que a tornam mais vulnerável (e.g., taxas mais elevadas de comorbilidade de doenças crónicas) (Estacio & Comings, 2013; OPP, 2015).

Referências

- Abdulai, A. F., Tiffere, A. H., Adam, F., & Kabanunye, M. M. (2021). COVID-19 information-related digital literacy among online health consumers in a low-income country. *International Journal of Medical Informatics*, *145*, 104322. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104322>
- Alijanzadeh, M., Yahaghi, R., Rahmani, J., Yazdi, N., Jafari, E., Alijani, H., ... & Pakpour, A. H. (2023). Sleep hygiene behaviours mediate the association between health/e-health literacy and mental wellbeing. *Health Expectations*, *26*(6), 2349–2360. <https://doi.org/10.1111/hex.13837>
- Almeida, C. V., Fernandes, J. I. G., & Mendes, F. (2021). A percepção e o valor atribuído pela pessoa idosa integrada em universidade sénior, sobre a qualidade dos serviços prestados pela saúde. *JIM—Jornal de Investigação Médica*, *2*(2), 015-035. <https://doi.org/10.29073/jim.v2i2.427>
- Almeida, C., Francisco, R., Silva, C. R. D., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., ... & Assunção, V. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32411>
- Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Baumeister, S. E. (2014). Improving access to care in America. In G. Kominski (Ed.), *Changing the U.S. health care system: Key issues in health services policy and management* (pp. 33–69). Wiley.
- Arcury, T. A., Sandberg, J. C., Melius, K. P., Quandt, S. A., Leng, X., Latulipe, C., ... & Bertoni, A. G. (2018). Older adult internet use and eHealth literacy. *Journal of Applied Gerontology*, *39*(2), 141-150. <https://doi.org/10.1177/0733464818807468>
- Arriaga, M. T. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Lisboa: Edições ISPA [ebook].
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., ... & Costa, A. (2022). Health literacy in Portugal: results of the health literacy population survey project 2019–2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(7), 4225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
- Ayaz-Alkaya, S., & Dülger, H. (2022). Fear of coronavirus and health literacy levels of older adults during the COVID-19 pandemic. *Geriatric Nursing*, *43*, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.001>

- Aygun, O., & Cerim, S. (2020). The relationship between general health behaviors and general health literacy levels in the Turkish population. *Health Promotion International, 36*(5), 1275–1289. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa151>
- Azevedo, C. (2013). Tecnologias e pessoas mais velhas: As novas tecnologias de informação e comunicação nas relações sociais de seniores em Portugal. *SOPCOM: Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação, 1171-1175*. <https://doi.org/10.34624/sopcom.v0i0.15709>
- Bae, E. J., & Yoon, J. Y. (2021). Health literacy as a major contributor to health-promoting behaviors among Korean teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(6), 3304. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063304>
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine, 21*(8), 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Bąk-Sosnowska, M., Gruszczyńska, M., Wyszomirska, J., & Daniel-Sielańczyk, A. (2022). The Influence of Selected Psychological Factors on Medication Adherence in Patients with Chronic Diseases. *Healthcare, 10*(3), 426. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030426>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Bar-Tur, L. (2021). Fostering Well-Being in the Elderly: Translating theories on positive aging to practical approaches. *Frontiers in Medicine, 8*. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.517226>
- Beasley, L., Hoffman, S., & Houtz, J. (2023). Health literacy and mental well-being among university students in the United States. *Journal of American College Health, 1–7*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2023.2199335>
- Bejaković, P., & Mrnjavač, Ž. (2024). The characteristics and role of digital literacy in an effective health protection. *Heliyon, 10*(8). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e29737>
- Berk, L. E. (2022). *Development through the lifespan*. Sage Publications, Incorporated.
- Brandão, D. (2012). *Literacia em saúde: A internet como recurso*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Cao, C., Cao, W., Zheng, X., Ji, K., Wu, Y., Hu, Z., Chen, R., & Bai, Z. (2023). Association of social capital with self-perceived eHealth literacy among community-dwelling older people:

- Age and gender differences. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1088863>
- Carmel, S. (2019). Health and Well-Being in Late Life: Gender Differences worldwide. *Frontiers in Medicine*, 6. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00218>
- Chakraverty, D., Baumeister, A., Aldin, A., Seven, Ü. S., Monsef, I., Skoetz, N., ... & Kalbe, E. (2022). Gender differences of health literacy in persons with a migration background: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 12(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056090>
- Cheng, G., & Yan, Y. (2021). Sociodemographic, health-related, and social predictors of subjective well-being among Chinese oldest-old: a national community-based cohort study. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02071-7>
- Cherid, C., Baghdadli, A., Wall, M., Mayo, N. E., Berry, G., Harvey, E. J., Albers, A., Bergeron, S. G., & Morin, S. N. (2020). Current level of technology use, health and eHealth literacy in older Canadians with a recent fracture—a survey in orthopedic clinics. *Osteoporosis International*, 31(7), 1333–1340. <https://doi.org/10.1007/s00198-020-05359-3>
- Coelho, A., De Bienassis, K., Klazinga, N., Santo, S., Frade, P., Costa, A., & Gaspar, T. (2022). Mental Health Patient-Reported Outcomes and Experiences Assessment in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11153. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811153>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Commodari, E., & Di Nuovo, S. (2019). Perception of stress in aging: the role of environmental variables and appraisal of the life experiences on psychological stress. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 34, 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2019.09.001>
- Cooper, R., Burton, E., & Cooper, C. (Eds.). (2014). *Wellbeing: A complete reference guide, wellbeing and the environment* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Coskun, S., & Bagcivan, G. (2021). Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy. *Applied Nursing Research*, 57, 151368. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151368>
- Costa, A., Feteira-Santos, R., Alarcão, V., Henriques, A., Madeira, T., Virgolino, A., ... & Nogueira, P. J. (2023). Health literacy among older adults in Portugal and associated sociodemographic, health and healthcare-related factors. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4172.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20054172>
- Davis, S. N., Wischhusen, J. W., Sutton, S. K., Christy, S. M., Chavarria, E. A., Sutter, M. E., Roy, S., Meade, C. D., & Gwede, C. K. (2020). Demographic and psychosocial factors associated with limited health literacy in a community-based sample of older Black Americans. *Patient Education and Counseling*, 103(2), 385–391.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.026>
- Del Giudice, P., Bravo, G., Poletto, M., De Odorico, A., Conte, A., Brunelli, L., Arnoldo, L., & Brusaferrero, S. (2018). Correlation between eHealth Literacy and health literacy using the eHealth Literacy Scale and Real-Life experiences in the health sector as a proxy measure of functional health literacy: Cross-Sectional Web-Based Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 20(10), e281. <https://doi.org/10.2196/jmir.9401>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Dinh, T. T. H., Nguyen, T. N., & Bonner, A. (2020). Health literacy profiles of adults with multiple chronic diseases: A cross-sectional study using the Health Literacy Questionnaire. *Nursing & Health Sciences*, 22(4), 1153-1160. <https://doi.org/10.1111/nhs.12785>
- Do, B. N., Tran, T. V., Phan, D. T., Nguyen, H. C., Nguyen, T. T., Nguyen, H. C., ... & Duong, T. V. (2020). Health literacy, eHealth literacy, adherence to infection prevention and control procedures, lifestyle changes, and suspected COVID-19 symptoms among health care workers during lockdown: online survey. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e22894. <https://doi.org/10.2196/22894>
- Dong, Q., Liu, T., Liu, R., Yang, H., & Liu, C. (2023). Effectiveness of digital health literacy interventions in older Adults: Single-Arm Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e48166. <https://doi.org/10.2196/48166>
- Ehmann, A. T., Groene, O., Rieger, M. A., & Siegel, A. (2020). The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1683. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051683>
- El Benny, M., Kabakian-Khasholian, T., El-Jardali, F., & Bardus, M. (2021). Application of the eHealth literacy model in digital health interventions: scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6), e23473. <https://doi.org/10.2196/23473>

- Erikson, E. (1959). *Identity and the life cycle*. International Universities Press.
- Estacio, E. V., & Comings, J. (2013). Health literacy: Exploring future directions and potential contributions from health psychology. *Journal of Health Psychology, 18*(8), 997-1003. <https://doi.org/10.1177/1359105313476978>
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of Measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds.), *Research methods in psychology* (pp. 50–63). Sage Publications, Inc
- Fleary, S. A., & Ettienne, R. (2019). Social disparities in health literacy in the United States. *HLRP Health Literacy Research and Practice, 3*(1), e47-e52. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190131-01>
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. *Encyclopedia of Behavioral Medicine, 1913–1915*. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Formosa, M. (2019). The university of the third age and active ageing. *European and Asian-Pacific Perspectives*. Springer.
- Frias, C. M., & Whyne, E. (2015). Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. *Aging & Mental Health, 19*(3), 201-206. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.924090>
- Fricchione, G. (2016). *Stress Management: Enhance your well-being by reducing stress and building resilience*. Harvard Health Publications.
- Gaffari-Fam, S., Babazadeh, T., Oliaei, S., Behboodi, L., & Daemi, A. (2020). Adherence to a health literacy and healthy lifestyle with improved blood pressure control in Iran. *Patient Preference and Adherence, Volume 14*, 499-506. <https://doi.org/10.2147/PPA.S244820>
- Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P., Bertran-Noguer, C., González-Mestre, M. A., Masachs-Fatjo, E., ... & Saltó-Cerezuela, E. (2019). Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health, 19*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7381-1>
- García-García, D., & Pérez-Rivas, F. J. (2022). Health literacy and its sociodemographic predictors: A cross-sectional study of a population in Madrid (Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph191811815>
- Gaspar T., Sousa, B. (2024) *Estudo Literacia e E-Literacia em Saúde: Perspetiva Individual e Organizacional*.

- Gaspar, T., Salado, V., Machado, M. do C., Guedes, F. B., Correia, M. F., & Matos, M. G. (2023). The Healthy Workplaces Ecosystems and Professionals' Stress Management during the COVID-19 Pandemic. *Sustainability*, *15*(14), 11432. <http://dx.doi.org/10.3390/su151411432>
- Gil, A. P., Moniz, A. B., de São José, J., KIT, B. J. K., & Bäckström, B. (2019). The role and use of welfare technology in elderly care: the case of Portugal. *EPTA - European Parliamentary Technology Assessment*, 90-98. https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/18295183/WPSeries_04_2019APGil_ABMoniz_JSJose_.pdf
- Harsch, S., Jawid, A., Jawid, M. E., Saboga Nunes, L., Sahrai, D., & Bittlingmayer, U. H. (2021). The relationship of health literacy, wellbeing and religious beliefs in neglected and unequal contexts—Results of a survey study in central Afghanistan. *Health Promotion Journal of Australia*, *32*, 80-87. <https://doi.org/10.1002/hpja.419>
- Hart, J. (2009). Stress Management and Chronic Disease. *Alternative and Complementary Therapies*, *15*(3), 109–112. <https://doi.org/10.1089/act.2009.15302>
- Hayes, A. F. (2018). *An Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hoogland, A. I., Mansfield, J., Lafranchise, E. A., Bulls, H. W., Johnstone, P. A., & Jim, H. S. L. (2020). eHealth literacy in older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, *11*(6), 1020–1022. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.12.015>
- INE, I. (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 186-208. https://ra2019.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_genero_estudo&menuBOUI=13707294&contexto=pge&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab2&perfil=1464373
- Iwasa, H., & Yoshida, Y. (2020). Personality and health literacy among community-dwelling older adults living in Japan. *Psychogeriatrics*, *20*(6), 824–832. <https://doi.org/10.1111/psyg.12600>
- Jacob, L., & Pociño, R. (2019). ICT, Senior universities and digital security. *Geopolitical, Social Security and Freedom Journal*, *2*(1), 37-45. <https://doi.org/10.2478/gssfj-2019-0004>
- Jebb, A. T., Morrison, M., Tay, L., & Diener, E. (2020). Subjective Well-Being Around the World: Trends and Predictors Across the Life Span. *Psychological Science*, *31*(3), 293-305. <https://doi.org/10.1177/0956797619898826>

- Jessup, R. L., Osborne, R. H., Beauchamp, A., Bourne, A., & Buchbinder, R. (2017). Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Services Research*, *17*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1973-6>
- Jung, S. O., Son, Y. H., & Choi, E. (2022). E-health literacy in older adults: an evolutionary concept analysis. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *22*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01761-5>
- Karkach, A., & Semigina, T. (2024). Educational Innovations in Senior Learning: The Role of the University of the Third Age in Addressing Digital Literacy Gaps. *Modern Education of Ukraine: Problems, Experience, Prospects* (pp. 139-146). <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-422-1-15>
- Kim, E., Kim, S., & Rhee, J. (2023). A study on model of psychotherapy narration focused on mental well-being for stress management in the elderly. *Sustainability*, *15*(3), 2656. <https://doi.org/10.3390/su15032656>
- Kim, K., Shin, S., Kim, S., & Lee, E. (2023). The Relation Between eHealth Literacy and Health-Related Behaviors: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *25*, e40778. <https://doi.org/10.2196/40778>
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Press.
- Klinger, J., Berens, E. M., & Schaeffer, D. (2023). Health literacy and the role of social support in different age groups: results of a German cross-sectional survey. *BMC Public Health*, *23*(1), 2259. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17145-x>
- Lally, M., & Valentine-French, S. (2019). *Lifespan development: A psychological perspective*.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw Hill
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, H. Y., Lee, J., & Kim, N. K. (2015). Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men?. *American Journal of Men's Health*, *9*(5), 370–379. <https://doi.org/10.1177/1557988314545485>
- Lee, J., & Tak, S. H. (2022). Factors associated with eHealth literacy focusing on digital literacy components: A cross-sectional study of middle-aged adults in South Korea. *Digital Health*, *8*, 20552076221102765. <https://doi.org/10.1177/20552076221102765>

- Li, S., Cui, G., Yin, Y., Wang, S., Liu, X., & Chen, L. (2021). Health-promoting behaviors mediate the relationship between eHealth literacy and health-related quality of life among Chinese older adults: a cross-sectional study. *Quality of Life Research, 30*, 2235-2243. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02797-2>
- Lin, C. Y., Broström, A., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). Psychometric evaluation of the Persian eHealth Literacy Scale (eHEALS) among elder Iranians with heart failure. *Evaluation & the Health Professions, 43*(4), 222-229. <https://doi.org/10.1177/0163278719827997>
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., ... & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health, 8*(2). <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Liu, H., Wen, Y., Wu, C., Zhao, Y., Lai, W., Zhao, Y., ... & Zeng, H. (2023). Exploring health literacy in patients with chronic diseases in Chongqing, China: a cross-sectional study. *BMJ Open, 13*(7), e064609. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064609>
- Liu, L., Qian, X., Chen, Z., & He, T. (2020). Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. *BMC Public Health, 20*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08804-4>
- Liu, Y. B., Hou, P., Xue, H. P., Mao, X. E., & Li, Y. N. (2019). Social support, health literacy, and health care utilization among older adults. *Asia Pacific Journal of Public Health, 31*(4), 359-366. <https://doi.org/10.1177/1010539519851674>
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista De Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 157–166. <https://doi.org/10.12707/riii11112>
- Maria da Graça, L. (2003). As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Das origens aos novos desafios do futuro. *Revista da Faculdade de Letras-Línguas e Literaturas, 20*(2). <https://ojs.letras.up.pt/index.php/rll/article/view/8038>
- Marshall, K., & Hale, D. (2019). The Older Adult and Health Literacy. *Home Healthcare Now, 37*(5), 292. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000812>
- Martorella, G., Park, H. J., & Schluck, G. (2022). The relationship between electronic health literacy and individual factors among adults with chronic pain: A cross-sectional study. *International Health Trends and Perspectives, 2*(3), 341-351. <https://doi.org/10.32920/ihtp.v2i3.1671>

- Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health, 16*(3), 200-210. <https://doi.org/10.1071/PY09063>
- Miceli, J., Geller, D., Tsung, A., Hecht, C. L., Wang, Y., Pathak, R., Cheng, H., Marsh, W., Antoni, M., Penedo, F., Burke, L., Ell, K., Shen, S., & Steel, J. (2019). Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Psycho-Oncology, 28*(7), 1513–1519. <https://doi.org/10.1002/pon.5108>
- Michou, M., Panagiotakos, D. B., Lionis, C., & Costarelli, V. (2021). Low health literacy and perceived stress in adults: is there a link?. *Central European Journal of Public Health, 29*(3), 195-200. <https://doi.org/10.21101/cejph.a6692>
- Moore, R. C., Straus, E., & Campbell, L. M. (2020). *Stress, mental health, and aging. In Handbook of mental health and aging* (pp. 37-58). Academic Press.
- Moreira, A., Dantas, C., Cabrita, M., Zeller, M. (2022). National report on digital health and data literacy | Portugal. TRIO | Adult education on digital, health and data literacy for citizen empowerment. https://trioproject.eu/wp-content/uploads/2023/03/TRIO-national-report-Portugal_SHINE_Final.pdf
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadeismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Moseley, R. L., Turner-Cobb, J. M., Spahr, C. M., Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2021). Lifetime and perceived stress, social support, loneliness, and health in autistic adults. *Health Psychology, 40*(8), 556. <https://doi.org/10.1037/hea0001108>
- Murugesu, L., Heijmans, M., Rademakers, J., & Fransen, M. P. (2022). Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLoS One, 17*(5), e0267782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267782>
- Netemeyer, R. G., Dobolyi, D. G., Abbasi, A., Clifford, G., & Taylor, H. (2020). Health literacy, health numeracy, and trust in doctor: effects on key patient health outcomes. *Journal of Consumer Affairs, 54*(1), 3-42. <https://doi.org/10.1111/joca.12267>
- Neter, E., & Brainin, E. (2019). Association between health literacy, ehealth literacy, and health outcomes among patients with long-term conditions. *European Psychologist, 24*(1), 68–81. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000350>
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2022). *Theories of human development*. Taylor & Francis.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research, 8*(4), e507. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>

- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e506. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994) *Psychometric Theory*. McGraw-Hill, Inc.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3):259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health promotion glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2015). *Literacia em Saúde*. Lisboa
- Oscalices, M. I. L., Okuno, M. F. P., Lopes, M. C. B. T., Batista, R. E. A., & Campanharo, C. R. V. (2019). Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039803447>
- Patias, I., & Kaloyanova, K. (2022). Digital health literacy and well-being of students at Sofia University–Bulgaria: Ioannis Patias. *The European Journal of Public Health*, 32(Suppl 3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.712>
- Pattrawiwat, K., Charuchinda, A., Numkanisorn, P., Suvarnasara, C. and Peltzer, K. (2022). Guidelines for developing quality of life for the elderly: Acommunity-based approach. *Humanities, Arts and SocialSciences Studies* 22(2): 336-347. <https://doi.org/10.14456/hasss.2022.31>
- Pelikan, J. M., Link, T., Straßmayr, C., Waldherr, K., Alferts, T., Bøggild, H., ... & Vrdelja, M. (2022). Measuring comprehensive, general health literacy in the general adult population: the development and validation of the HLS19-Q12 instrument in seventeen countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14129. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114129>
- Piper, S. E., Bailey, P. E., Lam, L. T., & Kneebone, I. I. (2018). Predictors of mental health literacy in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 79, 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.07.010>
- Plácido, A. I., Herdeiro, M. T., & Roque, F. (2022). Health and Wellbeing in Aging. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8835. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148835>

- PORDATA. (2023). População residente segundo os Censos: total e por grupo etário. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grupo+etario-2>
- Pourrazavi, S., Kouzekanani, K., Bazargan-Hejazi, S., Shaghghi, A., Hashemiparast, M., Fathifar, Z., & Allahverdipour, H. (2020). Theory-based E-health literacy interventions in older adults: a systematic review. *Archives of Public Health*, 78, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00455-6>
- Razzera, B. N., Adamoli, A. N., Ranheiri, M. F., Oliveira, M. D. S., & Feoli, A. M. P. (2021). Impacts of mindfulness-based interventions in people undergoing hemodialysis: a systematic review. *Brazilian Journal of Nephrology*, 44, 84-96. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0116>
- Rheault, H., Coyer, F., Jones, L., & Bonner, A. (2019). Health literacy in Indigenous people with chronic disease living in remote Australia. *BMC Health Services Research*, 19(1), 523. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4335-3>
- Richtering, S. S., Hyun, K., Neubeck, L., Coorey, G., Chalmers, J., Usherwood, T., ... & Redfern, J. (2017). eHealth literacy: predictors in a population with moderate-to-high cardiovascular risk. *JMIR Human Factors*, 4(1), e6217. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.6217>
- Rosenblad, A. K., Klarare, A., Rapaport, P., Mattsson, E., Gaber, S. N., & Women's Advisory Board for Inclusion Health. (2024). Health literacy and its association with mental and spiritual well-being among women experiencing homelessness. *Health Promotion International*, 39(2). <https://doi.org/10.1093/heapro/daae019>
- Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, Á., Matz, S., & Huppert, F. A. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y>
- Schillinger, D. (2021). Social determinants, health literacy, and disparities: intersections and controversies. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 5(3), e234-e243. <https://doi.org/10.3928/24748307-20210712-01>
- Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>

- Sheikhhossein, F., Roudsari, A. H., Bonab, A. M., Zahedi-Rad, M., Mahammad-Abadi, F. S., Haghgo, M., & Seyedmomeni, S. K. (2020). Assessment of lifestyle and its components in elderly people living in Tehran. *Journal of Nutrition and Food Security*. <https://doi.org/10.18502/jnfs.v5i1.2319>
- Shi, Y., Ma, D., Zhang, J., & Chen, B. (2023). In the digital age: a systematic literature review of the e-health literacy and influencing factors among Chinese older adults. *Journal of Public Health*, *31*(5), 679-687. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01604-z>
- Shiferaw, K. B., Tilahun, B. C., Endehabtu, B. F., Gullslett, M. K., & Mengiste, S. A. (2020). E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *20*(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01202-1>
- Sigelman, C. K., De George, L., Cunial, K., & Rider, E. A. (2018). *Life span human development*. Cengage AU.
- Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education & Behavior*, *2* (1 Suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020s102>
- Smith, G. D. (2021). Literacia em saúde: a perspectiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (8). <https://doi.org/10.12707/RV21ED>
- Son, J. S., Nimrod, G., West, S. T., Janke, M. C., Liechty, T., & Naar, J. J. (2021). Promoting older adults' physical activity and social well-being during COVID-19. *Leisure Sciences*, *43*(1-2), 287-294. <https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1774015>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, *25*(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., ... Satterfield, S. (2006). Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(5), 770–776. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x>

- Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., ... & Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, *20*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8>
- Tao, S., Sun, S., Wu, S., Peng, T., Cao, L., Yan, M., ... & Li, H. (2024). Current status and influencing factors of health literacy among older adults in combined medical and nursing care institutions: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1323335>
- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J. P., & Paasche-Orlow, M. K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*, *75*(3), 411-417. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.031>
- Van der Heide, I., Poureslami, I., Mitic, W., Shum, J., Rootman, I., & FitzGerald, J. M. (2018). Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *Journal of Clinical Epidemiology*, *102*, 134-138. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.05.010>
- Van Hoa, H., Giang, H. T., Vu, P. T., Van Tuyen, D., & Khue, P. M. (2020). Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. *BioMed Research International*, *2020*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2020/3490635>
- Van Wilder, L., Pype, P., Mertens, F., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B., ... & De Smedt, D. (2021). Living with a chronic disease: insights from patients with a low socioeconomic status. *BMC Family Practice*, *22*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01578-7>
- Veiga, S. (2015). Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *Spe. 2*, 33-37. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0006>
- Wahl, A. K., Osborne, R. H., Larsen, M. H., Andersen, M. H., Holter, I. A., & Borge, C. R. (2021). Exploring health literacy needs in Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Associations between demographic, clinical variables, psychological well-being and health literacy. *Heart & Lung*, *50*(3), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.007>
- Wang, C., Wu, X., & Qi, H. (2021). A Comprehensive Analysis of E-Health Literacy Research Focuses and Trends. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(1), 66. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010066>

- Wang, D., Gao, H., Xu, X., Han, D., Yi, K., & Hou, G. (2022). Analysis of influence of physical health factors on subjective wellbeing of middle-aged and elderly women in China. *BMC Public Health*, 22(1), 1127. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12655-6>
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
- Western, M. J., Armstrong, M. E., Islam, I., Morgan, K., Jones, U. F., & Kelson, M. J. (2021). The effectiveness of digital interventions for increasing physical activity in individuals of low socioeconomic status: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01218-4>
- Wilson, J., Heinsch, M., Betts, D., Booth, D., & Kay-Lambkin, F. (2021). Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review. *BMC Public Health*, 21, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11623-w>
- World Health Organization (1998). *Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project: report on a WHO meeting: Stockholm, Sweden, 12–13 February 1998* (No. WHO/EURO: 1998-4234-43993-62027). World Health Organization. Regional Office for Europe..
- World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (1948). Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 36(11), 1315–1323. <https://doi.org/10.2105/ajph.36.11.1315>
- World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- World Health Organization (WHO). (2023a, 20 de outubro). Mental health of older adults. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization (WHO). (2023b, 16 de setembro). Noncommunicable diseases: key facts. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- World Health Organization (WHO). (2024, 2 de outubro). Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5). *World Health Organization*. <https://www.who.int/pt/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01>
- Xiao, S., Shi, L., Dong, F., Zheng, X., Xue, Y., Zhang, J., Xue, B., Lin, H., Ouyang, P., & Zhang, C. (2021). The impact of chronic diseases on psychological distress among the older adults: the mediating and moderating role of activities of daily living and perceived social support. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1798–1804. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947965>
- Yekaninejad, M. S., Hajiheidari, A., Alijanzadeh, M., Yahaghi, R., Karimi, Z., Rahmani, J., ... & Pakpour, A. H. (2024). Exploring health literacy categories among an Iranian adult sample: a latent class analysis. *Scientific Reports*, 14(1), 776. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49850-3>
- Ying, Y., Jing, C., & Zhang, F. (2022). The protective effect of health literacy on reducing college students' stress and anxiety during the Covid-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.878884>
- Young, Y., Frick, K. D., & Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>
- Zakar, R., Iqbal, S., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2021). COVID-19 and health information seeking behavior: digital health literacy survey amongst university students in Pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4009. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084009>
- Zarotti, N., Eccles, F., Broyd, A., Longinotti, C., Mobley, A., & Simpson, J. (2023). Third wave cognitive behavioural therapies for people with multiple sclerosis: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 45(10), 1720-1735. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2069292>
- Zhang, L., Liao, J., Pan, X., Liang, D., Zeng, J., Sun, M., ... & Ni, J. (2022). How to make more people adopt healthy behaviors? Assessing health literacy, health promoting lifestyle and their association of community residents in Shenzhen, China. *Frontiers in Public Health*, 10, 900883. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.900883>

- Zhang, P., & Chung, W. (2021). How different health literacy dimensions influences health and well-being among men and women: The mediating role of health behaviours. *Health Expectations*, 24(2), 617-627. <https://doi.org/10.1111/hex.13328>
- Zua, B. (2021). Literacy: Gateway to a world of exploits. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 9(1), 96-104. <https://doi.org/110.7575/aiac.ijels.v.9n.1p.96>

ANEXOS

Anexo I

Exemplo de Email de Contacto para as Instituições e Universidades Seniores

Pedido de Divulgação do Estudo sobre Literacia em Saúde

Joana Ferreira <joanaferreira040@gmail.com>
Rascunho

Olá, bom dia. Espero que esteja tudo bem!

O meu nome é Joana Ferreira e estou, atualmente, a realizar a minha dissertação de mestrado na área da Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Lusófona em Lisboa. O tema da dissertação é sobre a **Literacia e E-literacia em Saúde**. Para isso, estou a divulgar um questionário. **Este estudo destina-se a pessoas reformadas**. O estudo está a ser realizado em colaboração com o Laboratório Português de Ambiente de Trabalho Saudáveis, com a Hei-Lab/Universidade Lusófona e com a DGS.

Decidi, assim, tentar contactar-vos de modo a saber **se há alguma possibilidade de conseguirem divulgar o estudo na vossa universidade sénior** (por exemplo, através de uma mailing list, através de uma aula de informática ou através das vossas redes sociais). As respostas são anónimas, confidenciais e exclusivamente tratadas para fins académicos e de investigação.

Link do questionário: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc6VtrLfAHSoy-RZgy4G5CF34hPYrF0eGSIDpmVWX7mtsZ8w/viewform>

Se quiserem saber mais, estou disponível para qualquer esclarecimento! Muito obrigada pelo tempo despendido e, antecipadamente, pela vossa colaboração.

Para mais informações: https://www.ulusofona.pt/noticias/estudo-psicogerontologia-e-saude-mental-o-papel-da-tecnologia?rdst_srcid=2981553

Com os melhores cumprimentos,

Joana Ferreira

Anexo II

Póster de Divulgação do Estudo

É REFORMADO?

PRECISAMOS DA SUA COLABORAÇÃO!

Queremos conhecer como se pode melhorar o acesso à saúde e informação.

PARTICIPE AQUI

Associação de Mulheres Seniores, LABATS, Universidade Lusófona, APP, Direcção Regional de Saúde e Protecção Civil, Direcção Regional para as Políticas Públicas Integradas e Longevidade, DGS, DGSPP.

Anexo III

Consentimento Informado

Literacia e E-literacia em Saúde: perspetiva individual e organizacional

À medida que mais pessoas e organizações de saúde utilizam os serviços e produtos de saúde digital, é necessário compreender de que forma o nível de literacia em saúde de uma pessoa influencia a interação. É igualmente importante a forma como os profissionais de saúde e os especialistas em comunicação podem prestar apoio.

O alargamento dos conhecimentos nesta área, permitirá propor formas de intervenção adequadas às necessidades das pessoas.

Os dados serão recolhidos através do instrumento seguinte e tem um tempo aproximado de resposta de 12 minutos.

O estudo está a ser realizado ao nível nacional. A sua colaboração é fundamental, mas sinta-se livre de aceitar ou recusar participar no estudo. Asseguramos que todos os dados por si fornecidos são confidenciais. Não existem respostas certas ou erradas, é pedido que responda a todas as questões/afirmações apresentadas com a máxima sinceridade possível. Muito obrigada pela sua colaboração.

Para qualquer esclarecimento adicional pode contactar a coordenadora do projeto: Prof.^a Doutora Tania Gaspar, Coordenadora do Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis/ISAMB/Universidade de Lisboa/HEI-LAB- Universidade Lusófona (tania.gaspar@ulusofona.pt). Contacto da Autoridade Nacional de Controlo de Dados Pessoais (Comissão Nacional de Proteção de Dados), E-mail: geral@cnpd.pt ou Telefone (+351) 213 928 400.

Por favor, leia com atenção a informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

*Obrigatório

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter lido e compreendido a informação que me foi fornecida. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem ter de dar qualquer tipo de justificação. *

ACEITO participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são indicadas.

NÃO ACEITO participar neste estudo.

Anexo IV

Tabela 1

Comparação dos Valores da Literacia em Saúde Tradicional e Digital, tendo em consideração o género

	Feminino (n=369)		Masculino (n=207)		T/sig	d
	M	DP	M	DP		
Literacia em Saúde	33.82	8.15	33.86	8.35	- .064	
Literacia em Saúde Digital	18.52	8.89	20.77	8.86	- 2.920**	-.254

Nota * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Anexo V

Tabela 2

Comparação dos Valores da Literacia em Saúde Tradicional e Digital, tendo em consideração os Grupos de Idade

	dos 65 aos 69 anos (n = 172)		dos 70 aos 74 anos (n = 169)		mais de 75 anos (n = 238)		F/sig	η^2
	M	DP	M	DP	M	DP		
Literacia em Saúde	36.25	5.98	34.54	7.93	32.06	8.38	15.429***	.051
Literacia em Saúde Digital	23.22	8.19	20.66	8.41	15.77	8.36	42.134***	.129

Nota * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Anexo VI

Tabela 3

Comparação dos Valores da Literacia em Saúde Tradicional e Digital, tendo em consideração a Escolaridade

	Não completou a escolaridade obrigatória (n = 294)		Escolaridade obrigatória concluída (n = 137)		Ensino Superior (n = 132)		F/sig	η^2
	M	DP	M	DP	M	DP		
Literacia em Saúde	30.63	8.76	36.28	5.56	38.61	5.85	61.428***	.180
Literacia em Saúde Digital	14.37	7.31	23.27	7.03	26.09	7.03	146.533***	.344

Nota * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Anexo VII

Tabela 4

Comparação dos Valores da Literacia em Saúde Tradicional e Digital, tendo em consideração a Frequência numa Universidade Sénior

	Frequenta ou já frequentou (n = 176)		Não frequenta (n = 403)		t/sig	d
	M	DP	M	DP		
Literacia em Saúde	36.71	5.91	21.50	8.27	- 6.640***	-.517
Literacia em Saúde Digital	32.56	8.77	18.41	9.05	-4.010***	-.350

Nota * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$