

PODOCENSOS: Literacia em Saúde Podológica, Reconhecimento Profissional e Percursos Assistenciais em Portugal: Estudo Transversal Nacional com 700 Participantes

PODOCENSUS: Podiatric Health Literacy, Professional Recognition, and Care Pathways in Portugal: A National Cross-Sectional Study with 700 Participants

DOI 10.5281/zenodo.21382739

140

Miguel Oliveira¹
Luísa Borges²
Joaquim Godinho³
Jani Magalhães⁴

Resumo: A literacia em saúde podológica e o reconhecimento do Podologista enquanto profissional de saúde especializado constituem fatores determinantes para a adequação dos percursos assistenciais associados às patologias do pé. Em Portugal, a evidência empírica disponível sobre estes fenómenos é escassa. Objetivos: Analisar os níveis de literacia em saúde podológica da população portuguesa; identificar os fatores sociodemográficos e experienciais associados ao reconhecimento do Podologista; e caracterizar os percursos assistenciais autodeclarados para seis situações clínicas distintas. Estudo observacional, transversal e analítico, com uma amostra de 700 participantes adultos residentes em Portugal, recrutados por conveniência nas seis regiões NUTS II. O instrumento de recolha de dados foi o questionário PODOCENSOS, composto por 20 questões de escolha múltipla, submetido a validação de conteúdo por painel de especialistas. Foram realizadas análises descritivas, tabulações cruzadas e testes de qui-quadrado (χ^2), complementados pelo V de Cramér como medida de dimensão do efeito. Os dados foram analisados com o IBM SPSS *Statistics*. A amostra apresentou uma idade média de 41,88 anos (DP = 17,36; amplitude: 18–90), predominância do género feminino (54,3%) e da região Norte (40,3%). A maioria dos participantes (78,6%) identificou o Podologista como "especialista do pé" e 70,3% conhecia a sua competência legal. Contudo, apenas 28,9% havia consultado um Podologista. O Podologista foi o profissional mais

¹ Centro de Investigação das Tecnologias da Saúde (CITS), IPSN; ESSVS - Departamento de Podologia

² Associação Portuguesa de Podologia (APP). CIAPP, Centro de Investigação da Associação Portuguesa de Podologia; luisaborges84@gmail.com

³ Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS); Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN)

⁴ Podologista, Associação Portuguesa de Podologia; janimagalhaes@hotmail.com.

Recebido em 21/06/2026

Aprovado em: 14/07/2026

Sistema de Avaliação: Double Blind Review



frequentemente identificado para a remoção de calos (40,7%) e tratamento de unhas encravadas (46,7%), mas o médico especialista predominou nos cenários de joanete/espório/pé raso (44,3%) e o médico de família nas dores nos pés (42,7%). Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre escolaridade e Índice de Literacia em Saúde Podológica (ILSP; $\chi^2=21,77$; $p<0,001$; $V=0,18$) e entre contacto prévio com Podologia e reconhecimento profissional ($\chi^2=18,42$; $p<0,001$; $V=0,16$). As diferenças regionais foram significativas para a maioria das variáveis analisadas. A literacia em saúde podológica em Portugal é heterogénea e estratificada por nível educacional, experiência assistencial e contexto regional. Os resultados sustentam a necessidade de estratégias nacionais de educação em saúde e de integração progressiva da Podologia no Serviço Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Podologia; Literacia em Saúde; Percursos Assistenciais; Reconhecimento Profissional; Saúde Pública; Portugal.

Abstract: Podiatric health literacy and public recognition of the Podiatrist as a specialized healthcare professional are key determinants of appropriate care pathways for foot conditions. Empirical evidence on these phenomena in Portugal remains limited. To analyze podiatric health literacy levels in the Portuguese population; to identify sociodemographic and experiential factors associated with professional recognition; and to characterize self-reported care pathways across six distinct clinical scenarios. An observational, cross-sectional, and analytical study was conducted with a convenience sample of 700 adult residents across Portugal's six NUTS II regions. Data were collected using the PODOCENSOS questionnaire (20 multiple-choice items), validated through expert panel review. Descriptive analyses, crosstabulations, and chi-square tests (χ^2) were performed, supplemented by Cramér's V as an effect size measure, using IBM SPSS Statistics. Mean age was 41.88 years (SD = 17.36; range: 18–90), with a predominance of female participants (54.3%) and Northern region residents (40.3%). Most participants (78.6%) identified the Podiatrist as a "foot specialist" and 70.3% were aware of the professional's legal scope of practice; however, only 28.9% had ever consulted a Podiatrist. The Podiatrist was most frequently identified for callus removal (40.7%) and ingrown toenail treatment (46.7%), whereas medical specialists predominated for bunions/spurs/flat foot (44.3%) and general practitioners for foot pain (42.7%). Statistically significant associations were found between educational level and the Podiatric Health Literacy Index (PHLI; $\chi^2=21.77$; $p<0.001$; $V=0.18$) and between prior contact with Podiatry services and professional recognition ($\chi^2=18.42$; $p<0.001$; $V=0.16$). Regional differences were significant for most variables. Podiatric health literacy in Portugal is heterogeneous, stratified by educational level, healthcare experience, and regional context. Findings support the need for national podiatric health education strategies and the progressive integration of Podiatry into the Portuguese National Health Service.

Keywords: Podiatry; Health Literacy; Care Pathways; Professional Recognition; Public Health; Portugal.

1 Introdução

A saúde do pé tem vindo a assumir relevância crescente no contexto da saúde pública contemporânea, particularmente num cenário marcado pelo envelhecimento populacional, aumento das doenças crónicas e maior prevalência de alterações músculo-esqueléticas e

vasculares. Mais do que uma estrutura anatômica de suporte, o pé representa um elemento essencial da mobilidade, autonomia funcional e qualidade de vida das populações. Quando negligenciadas, as patologias podológicas podem originar dor crônica, limitação funcional, isolamento social e aumento significativo dos custos em saúde.

As complicações do pé diabético constituem o exemplo mais paradigmático desta realidade. Armstrong, Boulton e Bus (2017) demonstraram que as úlceras do pé diabético afetam cerca de 15% dos indivíduos com diabetes ao longo da vida, sendo responsáveis por mais de 80% das amputações não traumáticas dos membros inferiores e por internamentos hospitalares de duração e custo elevados. Num contexto europeu, estima-se que os custos diretos associados ao pé diabético representem entre 15% a 25% do orçamento total destinado à diabetes mellitus.

Neste contexto, a Podologia emerge como a área clínica especializada dedicada, na sua globalidade, à investigação, estudo, prevenção, diagnóstico e terapêutica das afeções, deformidades e alterações do pé. Apesar da consolidação científica da profissão em vários países europeus — com integração plena em sistemas públicos de saúde como o britânico (National Health Service), o espanhol e o irlandês —, o reconhecimento social e institucional do Podologista em Portugal permanece heterogêneo. Em muitos contextos, continuam a verificar-se dificuldades na distinção entre competências clínicas especializadas e práticas de carácter predominantemente estético ou paramédico.

A literacia em saúde desempenha um papel central neste processo. Nutbeam (2008) caracterizou a literacia em saúde como um determinante social de primeira ordem, argumentando que a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde condiciona diretamente os comportamentos preventivos e o acesso adequado aos cuidados especializados. Sørensen et al. (2012) demonstraram, no contexto europeu, que baixos níveis de literacia em saúde se associam a maiores desigualdades no acesso, a maior dificuldade de navegação nos sistemas de saúde e a piores resultados em saúde, independentemente do nível de rendimento ou estatuto social.

Em contexto podológico, a dimensão da literacia assume especial relevância. Liew et al. (2023) verificaram que programas de literacia específica em cuidados do pé, dirigidos a pessoas com diabetes, contribuem significativamente para a adopção de comportamentos preventivos e para a redução do risco de complicações. Simonsen et al. (2024) demonstraram que baixos níveis de literacia em saúde se associam a maior gravidade das úlceras do pé em pessoas com diabetes, mesmo após ajuste para variáveis clínicas e sociodemográficas. No plano do

reconhecimento profissional, Starr et al. (2025) verificaram que a percepção pública relativamente à Podologia continua marcada por lacunas conceptuais significativas, mesmo em países onde a profissão se encontra plenamente integrada nos sistemas de saúde.

Em Portugal, a evidência disponível sobre literacia em saúde podológica é ainda incipiente. O enquadramento legal da profissão — definido pela Lei n.º 65/2014, de 28 de agosto, e pela legislação subsequente relativa às profissões — atribui ao Podologista um conjunto de competências clínicas autónomas, mas o reconhecimento público destas competências não tem sido sistematicamente avaliado a nível nacional.

Face a esta lacuna, o presente estudo teve como objetivos: (1) analisar os níveis de literacia em saúde podológica da população portuguesa, operacionalizados através do Índice de Literacia em Saúde Podológica (ILSP); (2) identificar os percursos assistenciais autodeclarados para seis situações clínicas distintas; (3) analisar a atribuição de competências clínicas e institucionais ao Podologista; e (4) explorar a influência de variáveis sociodemográficas, educacionais, experienciais e regionais no reconhecimento profissional do Podologista.

Com base na literatura, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação: (H1) participantes com contacto prévio com serviços de Podologia apresentam níveis de reconhecimento do Podologista significativamente mais elevados; (H2) o nível de escolaridade associa-se positivamente com o ILSP; (H3) existem diferenças regionais significativas nos padrões de reconhecimento profissional e de percurso assistencial.

2 Metodologia

2.1 Desenho do estudo e amostra

O presente estudo adopta um desenho observacional, transversal e analítico. A opção por um desenho transversal justificou-se pela necessidade de captar, num momento definido, a percepção da população portuguesa relativamente ao Podologista e aos percursos assistenciais associados ao cuidado do pé, numa fase em que a evidência nacional sobre esta temática é ainda escassa.

A amostra incluiu 700 participantes adultos (idade ≥ 18 anos) residentes em Portugal, recrutados por conveniência e por método de propagação em cadeia (snowball sampling), entre Abril e Maio de 2026. A recolha de dados foi organizada por uma equipa de colaboradores de campo distribuídos por todas as regiões NUTS II do país — Norte, Centro, Lisboa e Vale do

Tejo, Alentejo, Algarve e Portugal Insular (Açores e Madeira) —, garantindo representação geográfica nacional. Foram excluídos indivíduos com idade inferior a 18 anos e participantes que não completaram o questionário de forma integral.

Reconhece-se como limitação inerente ao método de amostragem a possibilidade de enviesamento de autosseleção, com eventual sobre representação de indivíduos com maior familiaridade com serviços de saúde ou com redes de contacto próximas dos investigadores, no entanto a recolha da amostra foi fora de ambientes clínicos. A distribuição regional da amostra, embora não proporcional à distribuição demográfica nacional, assegura representação de todas as regiões NUTS II, permitindo a análise de variações regionais.

2.2 Instrumento — Questionário PODOCENSOS

O instrumento de recolha de dados foi o questionário PODOCENSOS, de administração própria, composto por 20 questões de escolha múltipla distribuídas por quatro secções: (1) dados sociodemográficos (região, género, idade, escolaridade); (2) dados clínicos (presença de diabetes, história de problemas nos pés); (3) percursos assistenciais e reconhecimento profissional (seis cenários clínicos, três questões de atribuição institucional); e (4) conhecimento e expectativas sobre a Podologia (consciência da competência legal, local de trabalho esperado, consulta prévia).

O processo de validação do instrumento incluiu: (a) revisão de conteúdo por um painel de especialistas das áreas da Podologia e Metodologia de Investigação ($n = 5$), com cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC); e (b) estudo-piloto com aplicação a uma subamostra de 30 participantes não incluídos no estudo principal, para avaliação da compreensibilidade, adequação linguística e tempo médio de preenchimento. O tempo médio de preenchimento foi de 5 a 7 minutos. O questionário foi aplicado em formato papel e digital (Google Forms), com posterior harmonização das bases de dados.

A variável Escolaridade, recolhida em formato de resposta aberta, foi recodificada a posteriori em quatro categorias padronizadas, harmonizadas com a Classificação Nacional das Qualificações: Ensino Básico ($\leq 9.^{\circ}$ ano), Ensino Secundário ($10.^{\circ}$ – $12.^{\circ}$ ano e equivalentes), Ensino Superior — $1.^{\circ}$ ciclo (Licenciatura), e Ensino Superior — $2.^{\circ}$ e $3.^{\circ}$ ciclos (Mestrado/Doutoramento/Pós-graduação).

2.3 Índice de Literacia em Saúde Podológica (ILSP)

Construiu-se o Índice de Literacia em Saúde Podológica (ILSP) como variável composta, correspondente ao número de respostas em que o participante identificou o Podologista como o profissional mais adequado, considerando as nove questões de reconhecimento do questionário: seis cenários clínicos (remoção de calos, tratamento de unha encravada, tratamento de micose, tratamento de úlcera, tratamento de joanete/esporão/pé raso, dores nos pés) e três questões de atribuição institucional (quem estuda/avalia o pé, quem diagnostica, quem previne/trata). O ILSP varia entre 0 e 9 pontos, onde 0 corresponde à ausência de reconhecimento e 9 corresponde a reconhecimento completo do Podologista em todos os domínios.

2.4 Considerações éticas

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e suas revisões subsequentes. A participação foi voluntária e anónima, tendo sido obtido consentimento informado de todos os participantes antes do preenchimento. Os dados foram utilizados exclusivamente para fins científicos e tratados com garantia de confidencialidade. Não foram recolhidos dados de identificação pessoal.

2.5 Análise estatística

Os dados foram analisados com o IBM SPSS Statistics (versão 26.0). A análise descritiva incluiu frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e média, desvio padrão e amplitude para variáveis contínuas. A análise inferencial baseou-se em testes de qui-quadrado de Pearson (χ^2) para a análise de associação entre variáveis categóricas, com verificação dos pressupostos de aplicação (contagem mínima esperada ≥ 5 em $\geq 80\%$ das células). Quando os pressupostos não foram cumpridos — nomeadamente em variáveis com elevado número de categorias antes da recodificação —, reporta-se a Razão de Verossimilhança. O V de Cramér foi calculado como medida de dimensão do efeito (pequeno: $V < 0,10$; moderado: $0,10-0,30$; grande: $V > 0,30$). O nível de significância adoptado foi de $\alpha = 0,05$.

3 Resultados

3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 700 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos ($M = 41,88$; $DP = 17,36$). A distribuição regional, sociodemográfica e clínica da amostra encontra-se detalhada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra ($n = 700$).

Variável	Categoria	n	%
Região NUTS II	Norte	282	40,3
	Centro	144	20,6
	Lisboa e Vale do Tejo	134	19,1
	Alentejo	41	5,9
	Algarve	34	4,9
	Portugal Insular	65	9,3
Género	Feminino	380	54,3
	Masculino	320	45,7
Idade	18–29 anos	207	29,6
	30–49 anos	268	38,3
	50–64 anos	148	21,1
	≥ 65 anos $M = 41,88$; $DP = 17,36$; min = 18; max = 90	75	10,7
Escolaridade (recodificada)	Ensino Básico ($\leq 9.^\circ$ ano)	148	21,1
	Ensino Secundário	303	43,3
	Licenciatura	194	27,7
	Mestrado/Doutoramento	50	7,1
Diabetes mellitus	Não diabético	634	90,6
	Diabético	66	9,4
Problema nos pés (história)	Não	427	61,0
Consulta prévia de Podologista	Sim	273	39,0
	Não	498	71,1
	Sim	202	28,9

Fonte: Autores, com base nos dados do PODOCENSOS (2026).

A maioria dos participantes apresentou escolaridade ao nível do Ensino Secundário (43,3%), seguida da Licenciatura (27,7%) e do Ensino Básico (21,1%). A proporção de participantes com Mestrado ou Doutoramento foi de 7,1%. A amostra é maioritariamente não diabética (90,6%), sendo que 39,0% referiu história de problema nos pés. Apenas 28,9% dos participantes havia consultado um Podologista em algum momento da sua vida, contrastando com os 70,3% que afirmaram já conhecer a competência legal do Podologista.

3.2 Conhecimento sobre o Podologista

Quando questionados sobre o que é um Podologista, 78,6% dos participantes identificaram-no como "especialista do pé". Contudo, 10,0% identificaram-no como médico, 6,1% afirmaram não saber, 2,7% como calista e 1,1% como pedicure, revelando persistência de confusão conceptual em cerca de um quinto da amostra. Os resultados sobre consciência da competência legal e local de trabalho esperado encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Conhecimento sobre o Podologista e Expectativas de Integração Profissional (n = 700).

Dimensão avaliada	n (Sim)	% (Sim)
Competência legal e reconhecimento institucional		
Sabia que o Podologista é responsável pelo estudo, prevenção, diagnóstico e terapêutica das afeções dos pés	492	70,3
Local onde deveria trabalhar o Podologista		
Centro de Saúde	508	72,6
Hospital	463	66,1
Clínicas e consultórios particulares	307	43,9
Lares e centros de dia	130	18,6
Farmácias	71	10,1
Centros de estética	43	6,1
Clubes desportivos	3	0,4

Fonte: Autores, com base nos dados do PODOCENSOS (2026).

A maioria dos participantes considerou que os Podologistas deveriam estar presentes nos Centros de Saúde (72,6%) e nos Hospitais (66,1%), refletindo uma expectativa clara de integração da profissão no sistema público de saúde. A presença em clínicas e consultórios particulares foi considerada adequada por 43,9% dos participantes. Os locais associados a

práticas estéticas ou de bem-estar — Farmácias (10,1%), Centros de Estética (6,1%) e Clubes Desportivos (0,4%) — registaram as percentagens mais baixas, sugerindo que a maioria da população já dissocia a Podologia de contextos não clínicos.

3.3 Percursos assistenciais por situação clínica

A análise dos percursos assistenciais autodeclarados, para cada uma das seis situações clínicas avaliadas, encontra-se na Tabela 3. O Podologista foi o profissional mais frequentemente identificado em quatro dos seis cenários, sendo suplantado pelo médico especialista no tratamento de joanete/espório/pé raso e pelo médico de família em situações de dores nos pés.

148

Tabela 3 – Profissional Identificado para Cada Situação Clínica (n = 700).

Situação Clínica	Podologista n (%)	Médico Família n (%)	Médico Especialista n (%)	Enfermeiro n (%)	Outros n (%)
Remoção de calos	285 (40,7%)	11 (1,6%)	1 (0,1%)	41 (5,9%)	362 (51,7%)*
Tratamento de unha encravada	327 (46,7%)	76 (10,9%)	30 (4,3%)	122 (17,4%)	145 (20,7%)
Tratamento de micose	253 (36,1%)	192 (27,4%)	208 (29,7%)	20 (2,9%)	27 (3,9%)
Tratamento de úlcera/ferida	184 (26,3%)	173 (24,7%)	190 (27,1%)	144 (20,6%)	9 (1,3%)
Joanete / esporão / pé raso	247 (35,3%)	132 (18,9%)	310 (44,3%)	9 (1,3%)	2 (0,3%)
Dores nos pés	225 (32,1%)	299 (42,7%)	145 (20,7%)	8 (1,1%)	23 (3,3%)

* Inclui Calista (24,9%), Pedicure (21,4%) e Autotratamento/outros (5,4%).

Fonte: Autores, com base nos dados do PODOCENSOS (2026).

Os resultados revelam um gradiente de reconhecimento do Podologista em função da natureza da situação clínica. Para condições de tratamento de rotina do pé (calos, unhas encravadas), o Podologista é o profissional mais frequentemente identificado. Para condições que envolvem patologia sistémica subjacente (micose — frequentemente associada a

imunossupressão; úlcera — contexto de pé diabético) ou deformidade estrutural (joanete, esporão), o papel do médico assume maior proeminência. Para dores nos pés — situação com etiologia potencialmente múltipla —, o médico de família é o primeiro ponto de contacto preferencial da maioria dos participantes. Estes padrões refletem a percepção das fronteiras de competência que a população atribui ao Podologista, sendo congruentes com o modelo de encaminhamento vigente no SNS português.

3.4 Atribuição institucional de competências ao Podologista

Relativamente às três questões de atribuição institucional de competências, os resultados demonstram um reconhecimento maioritário do Podologista (Tabela 4). Contudo, o médico especialista surge como alternativa consistente em proporção relevante da amostra, particularmente no que respeita ao diagnóstico.

Tabela 4 – Atribuição Institucional de Competências ao Podologista (n = 700).

Questão	Podologista n (%)	Médico Especialista n (%)	Médico de Família n (%)	Enfermeiro n (%)	Outros n (%)
Quem estuda, investiga e avalia os pés?	495 (70,7%)	166 (23,7%)	30 (4,3%)	5 (0,7%)	4 (0,6%)
O diagnóstico das doenças dos pés é responsabilidade do:	403 (57,6%)	229 (32,7%)	55 (7,9%)	6 (0,9%)	7 (1,0%)
A prevenção e o tratamento das doenças dos pés são responsabilidade do:	421 (60,1%)	165 (23,6%)	89 (12,7%)	16 (2,3%)	9 (1,3%)

Fonte: Autores, com base nos dados do PODOCENSOS (2026).

O Podologista é reconhecido como responsável pelo estudo/investigação/avaliação dos pés pela maioria dos participantes (70,7%), mas o reconhecimento reduz-se ligeiramente quando a questão é sobre diagnóstico (57,6%) e prevenção/tratamento (60,1%). Estes valores revelam uma percepção relativamente robusta das competências clínicas do Podologista, embora persistam dúvidas em cerca de 40% da amostra, particularmente no que respeita ao diagnóstico e à autonomia terapêutica.

3.5 Índice de Literacia em Saúde Podológica (ILSP)

O ILSP obtido na amostra total apresentou uma média de 4,09 pontos (DP = 2,84; amplitude: 0–9), numa escala de 0 a 9 pontos. A Tabela 5 apresenta a distribuição do ILSP por grupo de escolaridade, grupo etário e região.

Tabela 5 – Índice de Literacia em Saúde Podológica (ILSP) por Subgrupo (n = 700).

Subgrupo	n	ILSP Médio (DP)	Interpretação
Por Escolaridade			
Ensino Básico ($\leq 9^{\circ}$ ano)	148	2,69 (2,5)	Literacia baixa
Ensino Secundário	303	4,04 (2,8)	Literacia intermédia
Licenciatura	194	4,95 (2,7)	Literacia intermédia-alta
Mestrado/Doutoramento	50	5,06 (2,6)	Literacia intermédia-alta
Por Grupo Etário			
18–29 anos	207	3,94 (2,9)	Pico de reconhecimento
30–49 anos	268	4,57 (2,8)	
50–64 anos	148	3,88 (2,8)	
≥ 65 anos	75	3,06 (2,6)	Literacia mais baixa
Por Região NUTS II			
Norte	282	4,26 (2,8)	Valor mais baixo
Centro	144	3,36 (2,8)	
Lisboa e Vale do Tejo	134	4,44 (2,9)	
Alentejo	41	4,05 (2,7)	
Algarve	34	3,59 (2,8)	Valor mais elevado
Portugal Insular	65	4,49 (2,8)	

Fonte: Autores, com base nos dados do PODOCENSOS (2026).

Observa-se um gradiente positivo do ILSP com o aumento do nível de escolaridade (Básico: M = 2,69; Secundário: M = 4,04; Licenciatura: M = 4,95; Mestrado/Doutoramento: M = 5,06), suportando a Hipótese 2. Por grupo etário, o ILSP é mais elevado nos participantes do grupo 30–49 anos (M = 4,57) e mais reduzido nos participantes com 65 ou mais anos (M = 3,06), podendo este padrão refletir maior familiaridade dos grupos de meia-idade com contextos

clínicos especializados e menor exposição histórica dos participantes mais idosos à Podologia enquanto profissão clínica autônoma. Regionalmente, os valores médios do ILSP variam entre 3,36 (Centro) e 4,49 (Portugal Insular).

3.6 Associações estatísticas

A Tabela 6 apresenta os resultados das associações estatísticas analisadas, com indicação dos valores de χ^2 , graus de liberdade, nível de significância e V de Cramér. Reportam-se explicitamente as associações não significativas, por transparência metodológica.

151

Tabela 6 – Resultados das Associações Estatísticas — Qui-quadrado de Pearson e V de Cramér (n = 700).

Associação	χ^2	df	p	V de Cramér	Interpretação
Variáveis Sociodemográficas					
Região × Género	36,426	5	<0,001	0,228	Efeito moderado
Região × Diabetes	23,451	5	<0,001	0,183	Efeito pequeno-moderado
Região × Problema nos pés	23,328	5	<0,001	0,183	Efeito pequeno-moderado
Região × Consultou Podologista	24,978	5	<0,001	0,189	Efeito pequeno-moderado
Percursos Assistenciais por Situação Clínica					
Região × Remoção de calos	159,107	90	<0,001	0,213	Efeito moderado
Região × Unha encravada	178,015	65	<0,001	0,226	Efeito moderado
Região × Micose	147,585	55	<0,001	0,205	Efeito moderado
Região × Úlcera/ferida	117,010	40	<0,001	0,183	Efeito pequeno-moderado
Região × Joanete/espório/pé raso	29,174	25	0,257 (ns)	0,091	Sem efeito significativo
Local de Trabalho do Podologista					
Região × Centro de Saúde	19,798	5	0,001	0,168	Efeito pequeno-moderado
Região × Hospital	30,912	5	<0,001	0,210	Efeito moderado

Associação	χ^2	df	p	V de Cramér	Interpretação
Variáveis Sociodemográficas					
Região × Clínicas e consultórios	45,611	5	<0,001	0,255	Efeito moderado
Região × Lares e centros de dia	8,390	5	0,136 (ns)	0,109	Sem efeito significativo
Região × Farmácias	6,880	5	0,230 (ns)	0,099	Sem efeito significativo
Região × Centros de estética	14,573	5	0,012	0,144	Efeito pequeno
Região × Clubes desportivos	5,161	5	0,397 (ns)	0,086	Sem efeito significativo
Hipóteses de Investigação					
H1 — Contacto prévio × Reconhecimento	18,420	1	<0,001	0,162	Suportada — efeito pequeno-moderado
H2 — Escolaridade (recodificada) × ILSP	21,770	3	<0,001	0,176	Suportada — efeito pequeno-moderado
H3 — Região × Variáveis de reconhecimento	Vide tabela	—	Parcialmente suportada	—	Significativa para maioria (excepto joanetes)

ns = não significativo ($p \geq 0,05$). V de Cramér: efeito pequeno (< 0,10), moderado (0,10–0,30), grande (> 0,30).

Fonte: Autores, com base nos dados do PODOCENSOS (2026).

Destaca-se que a associação Região × Joane/te/esp/rao/pé raso não é estatisticamente significativa ($\chi^2=29,174$; $df=25$; $p=0,257$; $V=0,091$), o que indica que, para esta situação clínica, a preferência pelo médico especialista é relativamente uniforme em todo o território nacional. Do mesmo modo, não se verificaram diferenças regionais significativas relativamente às expectativas de presença do Podologista em Lares e centros de dia ($p=0,136$), Farmácias ($p=0,230$) e Clubes desportivos ($p=0,397$).

A Tabela 7 apresenta as taxas de consulta prévia de Podologista por região, resultado com implicações relevantes para a política de saúde.

Tabela 7 – Consulta Prévia de Podologista por Região NUTS II (n = 700).

Região	n (total)	Consultou (n)	Consultou (%)	$\chi^2=24,978$; df=5; p<0,001; V=0,189
Norte	282	106	37,6%	Maior taxa nacional
Alentejo	41	16	39,0%	Segunda maior taxa
Lisboa e Vale do Tejo	134	31	23,1%	—
Centro	144	33	22,9%	—
Algarve	34	6	17,6%	—
Portugal Insular	65	10	15,4%	Menor taxa nacional
Total	700	202	28,9%	—

Fonte: Autores, com base nos dados do PODOCENSOS (2026).

4. Discussão

Os resultados do PODOCENSOS revelam um panorama simultaneamente encorajador e desafiante no que respeita ao reconhecimento do Podologista em Portugal. A maioria dos participantes identifica corretamente o Podologista como profissional de saúde especializado do pé (78,6%), conhece a sua competência legal (70,3%) e atribui-lhe responsabilidade primária no estudo/investigação (70,7%), diagnóstico (57,6%) e prevenção/tratamento (60,1%) das doenças dos pés. Estes valores são superiores aos reportados por Wort et al. (2020) no contexto escocês, onde apenas 57% dos inquiridos reconhecia claramente o papel clínico do Podologista, e são comparáveis aos valores obtidos por Starr et al. (2025) em amostras populacionais de países com integração plena da Podologia nos sistemas públicos de saúde.

Contudo, esta aparente robustez do reconhecimento declarativo contrasta com o comportamento assistencial efetivo: apenas 28,9% da amostra havia consultado um Podologista, o que indicia uma lacuna significativa entre o conhecimento sobre a profissão e a sua utilização efetiva. Este fenómeno, designado na literatura como intention-behaviour gap (Sniehotta, Presseau & Araújo-Soares, 2014), pode ser parcialmente explicado pela limitada disponibilidade de serviços de Podologia no sector público — a Podologia não está ainda integrada na rede de cuidados de saúde primários do SNS português de forma sistemática —, bem como por fatores de ordem económica, cultural e informacional que condicionam o acesso a cuidados especializados.

A análise dos percursos assistenciais por situação clínica revela padrões de reconhecimento diferenciado que refletem a perceção popular das fronteiras de competência do Podologista. Para situações de rotina — remoção de calos (40,7%) e tratamento de unhas

encravadas (46,7%) —, o Podologista é o profissional preferencial. Para situações de maior complexidade clínica potencial, a preferência pelo médico aumenta: o médico especialista lidera para joanetes/espores (44,3%) e o médico de família para dores nos pés (42,7%). No cenário das úlceras do pé, o Podologista (26,3%) e o médico especialista (27,1%) estão praticamente equiparados, com o médico de família (24,7%) e o enfermeiro (20,6%) a captarem percentagens expressivas. Este último padrão é clinicamente relevante: as úlceras do pé, particularmente em contexto de diabetes mellitus, constituem condições de elevada gravidade clínica onde a evidência internacional suporta fortemente a intervenção multidisciplinar centrada no Podologista (Bus et al., 2020; Armstrong, Boulton & Bus, 2017).

A associação entre escolaridade e ILSP (H2 suportada; $\chi^2=21,77$; $p<0,001$; $V=0,176$) é congruente com a literatura sobre determinantes sociais da literacia em saúde. Sørensen et al. (2012) documentaram que a escolaridade é o preditor mais consistente da literacia em saúde em contexto europeu, independentemente do sistema de saúde. Os resultados do PODOCENSOS indicam um gradiente linear: participantes com Ensino Básico apresentam um ILSP médio de 2,69 (31% das respostas orientadas para o Podologista) face a 5,06 nos participantes com Mestrado/Doutoramento (56%). Esta diferença, de 25 pontos percentuais, tem implicações diretas para o desenho de intervenções educativas: as populações com menor escolaridade, que representam 21,1% da amostra, constituem o grupo prioritário para ações de literacia em saúde podológica.

A associação entre contacto prévio com serviços de Podologia e reconhecimento profissional (H1 suportada; $\chi^2=18,42$; $p<0,001$; $V=0,162$) é igualmente esperada e documentada na literatura. A experiência direta de cuidados constitui um mecanismo de aprendizagem experiencial que supera, em eficácia, a mera exposição a informação declarativa. Este resultado tem uma implicação prática importante: a expansão dos contextos de contacto com a Podologia — nomeadamente através da integração nos Centros de Saúde, como defendido por 72,6% dos participantes — constitui, simultaneamente, uma estratégia de melhoria do acesso e um mecanismo de promoção da literacia em saúde podológica.

As diferenças regionais (H3 parcialmente suportada) merecem reflexão cuidadosa. A taxa de consulta prévia de Podologista é significativamente mais elevada no Norte (37,6%) do que em Portugal Insular (15,4%) ou no Algarve (17,6%). Esta variação pode refletir diferenças na densidade de profissionais e serviços de Podologia — o Norte concentra a maioria das instituições de formação em Podologia em Portugal —, bem como diferenças nos padrões culturais de utilização de serviços de saúde. Importa, no entanto, assinalar que a ausência de

diferenças regionais significativas para o cenário de joanete/espório/pé raso ($p=0,257$) sugere que, para condições associadas a deformidade estrutural, o encaminhamento para médico especialista é um comportamento transversalmente uniforme em todo o território, independentemente da região.

Os dados sobre o local de trabalho esperado para o Podologista revelam uma preferência marcada pela integração no sistema público — Centros de Saúde (72,6%) e Hospitais (66,1%). Esta expectativa, partilhada pela maioria dos participantes e consistente nas associações regionais para estas variáveis ($p=0,001$ e $p<0,001$, respetivamente), configura uma legitimação social da integração da Podologia no SNS que deve ser considerada no plano político e estratégico de organização dos cuidados de saúde primários e hospitalares em Portugal.

Por fim, a persistência de confusão conceptual em cerca de 21% da amostra — que identifica o Podologista como médico (10%), calista (2,7%), pedicure (1,1%) ou afirma não saber (6,1%) — revela que o trabalho de afirmação identitária e de diferenciação profissional da Podologia em Portugal está longe de estar concluído. Esta confusão, embora menor do que em estudos comparáveis de décadas anteriores, continua a ter potencial para atrasar o acesso a cuidados adequados, especialmente em populações vulneráveis.

5. Conclusões

O presente estudo constitui a primeira análise nacional sistemática da literacia em saúde podológica em Portugal, recorrendo a uma amostra representativa das seis regiões NUTS II e a um instrumento de recolha de dados validado por painel de especialistas. Os resultados demonstram que o reconhecimento declarativo do Podologista enquanto profissional de saúde especializado é relativamente robusto — a maioria da população portuguesa identifica-o como "especialista do pé" e reconhece a sua competência legal —, mas que este reconhecimento não se traduz ainda de forma proporcional em comportamento assistencial efetivo: apenas 28,9% dos participantes havia alguma vez consultado um Podologista.

O Índice de Literacia em Saúde Podológica (ILSP), construído com base nas nove questões de reconhecimento do questionário PODOCENSOS, revelou um valor médio de 4,09 pontos numa escala de 0 a 9, com variação significativa em função do nível de escolaridade, do grupo etário e da região. As hipóteses de investigação foram confirmadas: a escolaridade associa-se positivamente com o ILSP, o contacto prévio com serviços de Podologia prediz maior

reconhecimento profissional, e existem diferenças regionais significativas — com exceção da situação clínica de joanete/espório/pé raso, onde o encaminhamento para médico especialista é uniformemente predominante.

Os resultados sustentam um conjunto de recomendações com implicações para a política de saúde, a organização dos cuidados e a formação profissional: (1) a integração progressiva da Podologia nos Centros de Saúde e Hospitais do SNS, cuja necessidade é percebida por mais de dois terços da população; (2) o desenvolvimento de programas de literacia em saúde podológica dirigidos prioritariamente a populações com menor escolaridade e a grupos etários mais idosos; (3) o reforço da visibilidade clínica da Podologia, nomeadamente através de campanhas de informação pública e da presença efetiva do Podologista nos contextos de saúde primária.

O estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O método de amostragem por conveniência limita a generalização dos resultados para a totalidade da população portuguesa, podendo introduzir enviesamento de autosseleção. A natureza transversal do estudo impede o estabelecimento de relações causais entre as variáveis. As respostas são autorreportadas e podem estar sujeitas a enviesamento de desejabilidade social. Futuras investigações deverão adoptar desenhos longitudinais, amostragem probabilística estratificada e incluir variáveis de acesso efetivo a serviços e de qualidade dos cuidados recebidos.

REFERÊNCIAS

ARMSTRONG, David G.; BOULTON, Andrew J. M.; BUS, Sicco A. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 376, n. 24, p. 2284–2294, 2017. DOI: 10.1056/NEJMra1615439.

BOATENG, Godfred O.; NEILANDS, Torsten B.; FRONGILLO, Edward A.; MELGAR-QUIÑONEZ, Hugo R.; YOUNG, Sera L. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a guide. *Frontiers in Public Health*, Lausanne, v. 6, p. 149, 2018. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00149.

BUS, Sicco A. et al. Standards for the structure and content of multidisciplinary diabetic foot care services. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, Chichester, v. 36, supl. 1, e3233, 2020. DOI: 10.1002/dmrr.3233.

JU, Xiaoling et al. Enhancing foot care education and support strategies for patients with diabetes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, Philadelphia, v. 36, n. 2, p. 88–96, 2024. DOI: 10.1097/JXX.0000000000000973.

LIEW, Stephanie et al. Empowering foot care literacy among people living with diabetes: a pilot study of an online educational resource. *JMIR Research Protocols*, Toronto, v. 12, e40186, 2023. DOI: 10.2196/40186.

NUTBEAM, Don. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 67, n. 12, p. 2072–2078, 2008. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

SIMONSEN, M. et al. Health literacy and cognitive function in patients with diabetic foot ulcers. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, v. 13, n. 4, p. 1089, 2024. DOI: 10.3390/jcm13041089.

SNIEHOTTA, Falko F.; PRESSEAU, Justin; ARAÚJO-SOARES, Vera. Time to retire the theory of planned behaviour. *Health Psychology Review*, London, v. 8, n. 1, p. 1–7, 2014. DOI: 10.1080/17437199.2013.869710.

SØRENSEN, Kristine et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, London, v. 12, p. 80, 2012. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

STARR, H. et al. Comparing self-perceived awareness with actual awareness of the podiatric profession in an adult population. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, Chicago, v. 115, n. 1, p. 20–028, 2025. DOI: 10.7547/20-028.

WORT, S. J. et al. An exploration of the recognition and understanding of podiatry as a profession by the public in Scotland. *Journal of Foot and Ankle Research*, London, v. 13, n. 1, p. 15, 2020. DOI: 10.1186/s13047-020-00381-0.