

LITERACIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO  
EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY EM PORTUGUÊS  
NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

João Pedro Duarte Marques

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:  
Prof. Doutor Nuno Crespo, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de  
Economia

Setembro 2015

LITERACIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO  
EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY EM PORTUGUÊS  
NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

João Pedro Duarte Marques

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:  
Prof. Doutor Nuno Crespo, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de  
Economia

Setembro 2015

À Maria,  
à Filipa,  
aos meus pais.

## **Agradecimentos**

Este trabalho não seria possível sem a preciosa orientação e apoio do Professor Doutor Nuno Crespo, sempre muito disponível, conhecedor e inquiridor, mostrando qual o caminho certo a seguir.

Ao Professor Doutor Luís Saboga-Nunes, pela sua paciência, conhecimento e disponibilidade que permitiram utilizar todas as ferramentas para o melhor estudo da Literacia em Saúde.

A todos os meus amigos e familiares pela força de existirem, foram energia extra no alcançar deste objetivo.

À Filipa pelo carinho e dedicação que sempre demonstrou neste difícil percurso onde vivemos ambições, angústias, alegrias, medos e, felizmente, sorrisos. Sem ti não seria possível.

À Maria que muito cresceu durante a materialização desta etapa... fazes acreditar o pai que tudo é possível. Partimos juntos à descoberta do teu mundo, essa infindável alegria de viver, de brincar, de ser e existir.

E aos meus pais, por me segurarem com o vosso coração. Sempre.

*“Por sabedoria entendo  
a arte de tornar a vida  
o mais agradável e feliz possível”*

Arthur Schopenhauer

## Resumo

A literacia em saúde envolve uma multiplicidade de capacidades dos indivíduos face a decisões relacionadas com a saúde. O acesso à informação, a sua compreensão, avaliação e a sua aplicação, ditam formas de interação com os cada vez mais complexos sistemas de saúde, seja na promoção da saúde, prevenção da doença ou nos próprios cuidados de saúde quando necessários, através da tomada de decisão consciente e informada contribuindo de forma positiva ou negativa para o atingimento da saúde ótima.

Estudos comparativos recentes, realizados em oito países da União Europeia, indicam que 1 em cada 10 respondentes revela literacia em saúde desadequada e 1 em cada 2 apresenta literacia em saúde limitada, revelando as fragilidades de uma sociedade mais desigual, com piores resultados em saúde e custos mais elevados para as economias.

O objetivo do presente estudo foi avaliar e caracterizar o grau de literacia em saúde de pacientes e familiares num serviço de internamento hospitalar, através do European Health Literacy Survey em português. A amostra foi de 202 indivíduos, com uma idade média de 50 anos (DP= 15,23). Os resultados revelam que cerca de 15% dos inquiridos apresenta literacia desadequada e 47% revela literacia problemática. Foram identificados os grupos mais vulneráveis de literacia em saúde, onde a literacia limitada é mais elevada para quem tem maior dificuldade no acesso ao médico, baixa escolaridade e rendimentos mensais baixos.

Do conjunto de indicadores de literacia em saúde analisados, foi encontrada relação entre a dificuldade na compra de medicação e a baixa literacia em saúde, assim como na utilização de um serviço de urgência e de um outro serviço hospitalar não especificado, onde quanto maior a utilização, menor a literacia em saúde.

Palavras-chave: literacia em saúde; sistemas de saúde; capacidades individuais; resultados em saúde

**Abstract**

Health literacy involves a multiplicity of individual capacities to face health related decisions. The way we access information, understand, process and apply it, dictates forms of interaction in the increasingly complex healthcare systems, whether in health promotion, disease prevention or healthcare, by making decisions in a conscious and informed way, contributing, positively or negatively, to the achievement of good health.

Recent studies in eight countries of the European Union, indicate that 1 in 10 respondents show insufficient health literacy and 1 in 2 had limited health literacy, revealing the weakness of an unequal society, with worse health outcomes and higher costs for economy.

The aim of this study was to evaluate and characterize the health literacy in patients and family members in a hospital, with the European Health Literacy Survey in portuguese. The sample consisted of 202 participants, with an average age of 50 years (SD= 15,23). The results show that 15% of the respondents has insufficient health literacy and 47% show problematic. The most vulnerable groups identified, where limited health literacy is higher, were those with greater difficulty accessing to a doctor, lower education and lower monthly income.

Among the health literacy indicators analysed, correlations between difficulty buying medication and low levels of health literacy was found, as well as the use of an emergency department and other hospital service, where the higher utilization means lower health literacy.

**Keywords:** health literacy; healthcare systems; individual capacities; health outcomes

## Índice

Resumo.....	VI
Abstract.....	VII
Índice.....	VIII
Siglas.....	IX
Lista de Tabelas.....	X
Lista de Figuras.....	XI
<b>1. Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Enquadramento Teórico.....</b>	<b>3</b>
2.1. Definição de Literacia em Saúde.....	3
2.2. Quadro Conceptual.....	6
2.3. Literacia em Saúde e <i>Empowerment</i> .....	8
2.4. Implicações da Literacia em Saúde.....	9
<b>3. Instrumentos de Avaliação da Literacia em Saúde.....</b>	<b>12</b>
3.1. Instrumentos de avaliação da LS com abordagem objetiva.....	13
3.2. Instrumentos de avaliação da LS com abordagem subjetiva.....	14
3.3. Instrumentos de avaliação da LS com abordagem mista (objetiva e subjetiva).....	15
<b>4. Método.....</b>	<b>18</b>
4.1. Pergunta de Partida e Objectivo do Estudo.....	18
4.2. Tipo de estudo.....	18
4.3. População Alvo e Técnica de Amostragem.....	18
4.4. Desenho do Estudo.....	18
4.5. Instrumento de Recolha de Dados.....	19
4.5.1. Entrevista Estruturada.....	19
4.5.2. European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q).....	20
4.6. Análise de Dados.....	24
<b>5. Resultados.....</b>	<b>25</b>
5.1. Avaliação da Saúde.....	29
5.2. Sistema de Saúde e Sua Utilização.....	30
5.3. Comportamentos de Saúde.....	31
5.4. Interação Social.....	32
5.5. Índice de Massa Corporal.....	33
5.6. Resultados da Literacia em Saúde.....	34
5.6.1. Correlações.....	40
<b>6. Conclusão.....</b>	<b>62</b>
<b>7. Bibliografia.....</b>	<b>66</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>73</b>

**Siglas**

AAHLS	All Aspects of Health Literacy
CHC-Test	Critical Health Competencies Test
DP	Desvio Padrão
EPE	Entidade Pública Empresarial
EUA	Estados Unidos da América
HCC	Hospital Curry Cabral, EPE
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE
HeLMS	Health Literacy Management Scale
HLS-CH	Swiss Health Literacy Survey
HLS-EU-PT	European Health Literacy Survey in Portuguese
HLS-EU-Q	European Health Literacy Survey Questionnaire
HLSI	Health Literacy Skills Instrument
HTA	Hipertensão Arterial
IOM	Institute of Medicine
K-S	Kolmogorov-Smirnov
LS	Literacia em Saúde
M	Média
MAHL	Multidimensional Measure of Adolescent Health Literacy
METER	Medical Term Recognition Test
MHLS	Mandarin Health Literacy Scale
NALS	National Adult Literacy Survey
N	Número de indivíduos na amostra
NVS	Newest Vital Sign
OMS	Organização Mundial de Saúde
ProLisa	Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SAHLSA	Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults
SAHL-S&E	The Short Assessment of Health Literacy in Spanish and English
SBSQ	Set of Brief Screening Questions
SDPI-HH-PL	Special Diabetes Program for Indians
TOFHLA	Test Of Functional Health Literacy in Adults
UE	União Europeia

## Lista de Tabelas

<b>Tabela I</b>	Matriz traduzida do HLS-EU.....	21
<b>Tabela II</b>	LS geral e escalas específicas, com os respectivos itens associados, e o número mínimo de respostas válidas necessárias.....	22
<b>Tabela III</b>	Dados sociodemográficos da amostra.....	26
<b>Tabela IV</b>	IMC média por género.....	33
<b>Tabela V</b>	Resultados relativos ao IMC, segundo grau de obesidade e por género.....	34
<b>Tabela VI</b>	Percentagem de respostas de todas as questões do HLS-EU-PT.....	35
<b>Tabela VII</b>	Resultados da literacia em saúde geral e para cada dimensão, por género.....	37
<b>Tabela VIII</b>	Resultados da literacia em saúde por score e por género.....	38
<b>Tabela IX</b>	Percentagem de indivíduos com literacia limitada em grupos vulneráveis selecionados.....	40
<b>Tabela X</b>	Resumo de teste de hipótese (Correlação: género e LS).....	41
<b>Tabela XI</b>	Testes de normalidade (Correlação: género e LS).....	41
<b>Tabela XII</b>	Teste de amostras independentes (Correlação: género e LS).....	42
<b>Tabela XIII</b>	Distribuição dos inquiridos por faixa etária.....	43
<b>Tabela XIV</b>	Resultados da LS média por faixa etária.....	43
<b>Tabela XV</b>	Teste de correlação de Pearson (Correlação: idade e LS).....	44
<b>Tabela XVI</b>	Coefficiente de correlação de Spearman (Correlação: habilitações literárias e LS).....	45
<b>Tabela XVII</b>	Coefficiente de correlação de Spearman (Correlação: rendimento familiar mensal e LS).....	47
<b>Tabela XVIII</b>	Coefficiente de correlação de Spearman (Correlação: estado de saúde auto-percecionado e LS).....	48
<b>Tabela XIX</b>	Teste de correlação de Pearson (Correlação: doenças de longa duração e LS).....	49
<b>Tabela XX</b>	Coefficiente de correlação de Spearman (Correlação: utilização dos serviços de saúde e LS).....	53
<b>Tabela XXI</b>	Coefficiente de correlação de Spearman (Correlação: facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos e LS).....	55
<b>Tabela XXII</b>	Coefficiente de correlação de Spearman (Correlação: facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos e rendimentos).....	55
<b>Tabela XXIII</b>	Coefficiente de correlação de Spearman (Correlação: dificuldade em pagar as contas no final do mês e LS)..	56
<b>Tabela XXIV</b>	Coefficiente de correlação de Spearman (Correlação: estatuto social auto-percecionado e LS).....	58
<b>Tabela XXV</b>	Teste de correlação de Pearson (Correlação: IMC e LS).....	59
<b>Tabela XXVI</b>	Correlações entre comportamentos e hábitos de vida saudáveis e LS.....	60
<b>Tabela XXVII</b>	Resultados da LS média por consumo de tabaco.....	60
<b>Tabela XXVIII</b>	Resultados da LS média por ingestão de bebidas alcoólicas.....	60
<b>Tabela XXIX</b>	Resultados da LS média por prática de atividade física.....	61

## Lista de Figuras

<b>Figura I</b>	Modelo conceptual para a concepção e operacionalização da literacia em saúde.....	7
<b>Figura II</b>	Resultados relativos à facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos.....	27
<b>Figura III</b>	Resultados relativos à facilidade ou dificuldade em pagar as contas no final do mês.....	28
<b>Figura IV</b>	Resultados relativos à facilidade ou dificuldade no acesso ao médico assistente.....	28
<b>Figura V</b>	Resultados relativos ao estatuto social auto-percecionado.....	29
<b>Figura VI</b>	Resultados relativos à avaliação da saúde geral.....	29
<b>Figura VII</b>	Resultados relativos ao sistema de saúde e sua utilização.....	30
<b>Figura VIII</b>	Resultados relativos ao consumo de tabaco.....	31
<b>Figura IX</b>	Resultados relativos à prática de exercício físico.....	32
<b>Figura X</b>	Resultados relativos ao envolvimento na comunidade.....	32
<b>Figura XI</b>	Resultados relativos ao IMC.....	33
<b>Figura XII</b>	Resultados relativos à literacia em saúde.....	34
<b>Figura XIII</b>	Resultados de diversos estudos por score de literacia em saúde.....	39
<b>Figura XIV</b>	Resultados da literacia limitada em diversos estudos.....	39
<b>Figura XV</b>	Resultados da LS média por faixa etária.....	43
<b>Figura XVI</b>	Resultados da LS média por habilitações literárias.....	45
<b>Figura XVII</b>	Resultados da LS média por rendimento do agregado familiar mensal.....	46
<b>Figura XVIII</b>	Resultados da LS média por estado de saúde auto-percecionado.....	48
<b>Figura XIX</b>	Resultados da LS média por doença(s) de longa duração.....	49
<b>Figura XX</b>	Resultados da LS média por utilização de um serviço de urgência.....	51
<b>Figura XXI</b>	Resultados da LS média por idas ao médico.....	51
<b>Figura XXII</b>	Resultados da LS média por utilização de um serviço hospitalar.....	52
<b>Figura XXIII</b>	Resultados da LS média por utilização de outros profissionais de saúde.....	52
<b>Figura XXIV</b>	Resultados da LS média por facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos.....	54
<b>Figura XXV</b>	Resultados da LS média por dificuldade em pagar as contas no final do mês.....	56
<b>Figura XXVI</b>	Resultados da LS média por estatuto social auto-percecionado.....	57
<b>Figura XXVII</b>	Resultados da LS média por IMC.....	59

## 1. Introdução

Vivemos um período de intensa mudança económica e social. Em pleno século XXI a sociedade do conhecimento enfrenta cada vez mais a pressão da tomada de decisões em saúde, com escolhas de comportamentos e estilos de vida saudáveis aliados a uma capacidade de gestão pessoais e familiares em ambientes complexos sem preparação ou devidamente apoiadas.

Todos nós enfrentamos problemas em relação à literacia em saúde (LS) nalguma fase da nossa vida. O stress e preocupação com a doença, seja nossa ou de quem nos é próximo, torna-nos vulneráveis e pode dificultar a orientação no sistema de saúde mesmo nos indivíduos com níveis de educação e literacia mais elevados. E em cada fase da vida há sempre mais e diferentes necessidades de informação e capacidades na saúde, sejamos adolescentes, pais recentes, indivíduos de meia-idade, idosos ou cuidadores de saúde (Marshall & Eberle, 2012).

Os baixos níveis de literacia em saúde são uma característica comum à maioria dos países europeus, não se tratando de um problema menor. Cerca de 50% dos adultos em oito países europeus apresenta LS inadequada ou problemática (HLS-EU Consortium, 2012). A estas fracas competências estão associadas elevadas taxas de hospitalização e recurso a urgências hospitalares, aumento de custos nos sistemas de saúde (em 2009, no Canadá, estimaram-se em cerca de 8 biliões de dólares, ou seja, entre 3 a 5% dos gastos totais com a saúde), maior mortalidade, menor adesão à terapêutica e menor autossuficiência na doença, hábitos de vida menos saudáveis e, no geral, pior saúde das populações. (Kickbusch et al., 2013).

Por cá o problema não é ignorado pelos decisores políticos, podendo ler-se no recente Relatório Final do Grupo Técnico para a Informação no Sistema de Saúde, referindo-se à literacia em saúde, “a tomada de consciência para a importância deste tema surge a partir do momento em que começa a tornar-se claro que o nível de literacia dos indivíduos constitui um factor que condiciona, de forma decisiva, o modo como estes são, ou não, capazes de tomar decisões racionais e acertadas relacionadas com a sua saúde. Afeta (...) a qualidade de vida dos indivíduos e daqueles que deles dependem (...), mas pode ter também implicações nos custos e nos modos de organização dos sistemas de saúde” (Ribeiro et al., 2015). O mesmo relatório apresenta estudos que confirmam a relação entre a LS limitada e a baixa escolaridade, a sua associação com situações de pobreza e exclusão social e a correlação negativa entre a LS e a idade, sendo de especial relevo face a uma população portuguesa cada vez mais envelhecida.

Já no Plano Nacional de Saúde é referida a necessidade de “promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos” de forma a promover a sua autonomia e responsabilização em relação à sua saúde. Devem ser realizadas ações de “promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco” (Direção-Geral da Saúde, 2015). Estão justificadas, assim, medidas que melhorem a LS da população, com claros benefícios sociais e económicos, resta-nos esperar que saiam do papel e sejam colocadas no terreno efetivamente.

Este trabalho pretende dar mais um pequeno contributo na compreensão da literacia em saúde, reforçando a sua importância, avaliando-a numa amostra de 202 indivíduos através do European Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT), explanando os resultados e concluindo a sua correlação com uma série de indicadores presentes no questionário.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. Definição de Literacia em Saúde

A literacia em saúde (LS) tem sido uma vibrante área de pesquisa científica onde diversos investigadores nos têm elucidado em relação à sua importância, prevalência da LS limitada na população e as suas consequências nos comportamentos, no conhecimento ou nos ganhos e custos na saúde (Baker, 2006).

O termo literacia em saúde foi introduzido na década de 70 por Scott Simonds (1974). De acordo com Ratzan (2001), o seu uso foi feito num contexto muito diferente comparativamente ao atual, Simonds utilizou-o na argumentação de um caso de educação para a saúde em contexto escolar, afirmando que seria possível aos alunos possuírem literacia em áreas distintas como história ou ciência, bem como na saúde (Tones, 2002). Desde então, a LS adquiriu um significado técnico mais limitado mas de crescente importância na saúde pública e cuidados de saúde. O conceito tem evoluído no sentido da ligação com a capacidade individual de cada um de nós em responder às crescentes exigências da saúde, na sociedade moderna (Sørensen, 2012).

Na década de 90 o termo foi definido nos Estados Unidos da América como sendo uma constelação de aptidões incluindo as capacidades de leitura e escrita, bem como de matemática, que tornem possível funcionar num ambiente de cuidados de saúde. Segundo a mesma fonte, os pacientes com LS adequada são capazes de ler, compreender e agir perante a informação na saúde (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association, 1999).

Mas outras definições mais abrangentes foram surgindo, realçando a importância da capacidade de obter, processar e compreender a informação relacionada com a saúde de forma a ser possível a melhor tomada de decisão e a consequente melhoria da saúde (Frisch, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidões individuais que permitem o acesso, a compreensão e utilização da informação de forma a promover e manter uma saúde ótima. Implica a aquisição de um nível de conhecimento, capacidades individuais e confiança na tomada de decisão, tendo por objetivo a melhoria da saúde individual e saúde pública, ao modificar comportamentos e formas de vida. LS é mais do que a capacidade de ler panfletos e marcar consultas, é ponto crítico no *empowerment* pois permite a melhoria

significativa do acesso à informação e o seu uso efetivo. Níveis baixos de LS afetam de forma direta a saúde individual ao limitar o desenvolvimento pessoal, social e cultural (OMS, 1998). Uma abordagem mais simples e funcional é-nos dada pelo Center for Health Care Strategies Inc., segundo eles, LS é a capacidade de ler, compreender e agir mediante informação de saúde (Center for Health Care Strategies Inc, 2000).

Já Nutbeam (2000) refere a LS como o resultado das aptidões individuais, cognitivas e sociais que capacitam os indivíduos no acesso, na compreensão e na utilização de informação que promova e mantenha a saúde ótima. Baseando-se no modelo criado por si, o autor considera o aumento do conhecimento, a compreensão dos determinantes na saúde e a mudança de comportamentos, resultados relacionados com atividades de educação para a saúde. Nutbeam afirma que as definições de LS até então conhecidas, falham muito no seu significado mais profundo e objectivo da literacia para a população. Propõe três níveis de LS: a literacia básica/funcional, onde os conhecimentos básicos de leitura e escrita permitem o lidar eficazmente com as situações do dia a dia; a literacia comunicativa/interativa, com aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas e que em conjunto com aptidões sociais pode se ferramenta essencial para participar em atividades do dia a dia, extrair informação e aplicá-la mesmo quando as circunstâncias de alterem; por último, a literacia crítica é a que envolve capacidades individuais mais avançadas, permitindo a análise crítica da informação e a sua utilização para exercer controlo sobre eventos da vida. Esta classificação indica que os diferentes níveis de LS vão progressivamente permitindo maior autonomia e *empowerment* individual. Nutbeam enquadra a definição de LS da OMS na literacia interativa e crítica.

Uma definição largamente utilizada afirma que LS é o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informação básica relacionada com a saúde e serviços disponíveis, que permita fazer decisões de saúde apropriadas (Ratzan et al., 2000). Posteriormente, Berkman et al. (2010), sugerem pequenas modificações na mesma, entendendo a LS como o grau e que os indivíduos são capazes de obter, processar, compreender e comunicar acerca de informação relacionada com a saúde, que permita fazer decisões de saúde informadas.

Kickbusch defende que a educação e a literacia são determinantes importantes na saúde, e a LS seria uma discreta forma de literacia que ganhava importância para o desenvolvimento económico e social. Considerava já alguns desafios como o desenvolvimento de ferramentas para a avaliação da LS, a quantificação do seu impacto na qualidade de saúde, devendo existir intervenções em saúde pública que melhorem a LS (Kickbusch, 2001). Define LS como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no dia a dia, seja em casa, na comunidade, no

local de trabalho, no recurso aos serviços de saúde, no mercado de trabalho ou na esfera política. Considera uma estratégia crítica de *empowerment* que permite o controlo sobre a saúde individual, a capacidade de procurar informação e assumir responsabilidades (Kickbusch, 2006).

A LS é um direito de cidadania. É parte fundamental nas aptidões necessárias para funcionar na sociedade moderna. Das suas competências fazem parte: competências básicas de saúde e a sua aplicabilidade na promoção e proteção da saúde, na prevenção da doença e no autocuidado; competências do paciente na utilização do sistema de saúde e agir em parceria com os profissionais do sector; competências de consumo, nomeadamente a tomada de decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os seus direitos enquanto consumidor; competências enquanto cidadão informado através do voto e participação ativa na comunidade, conhecimento dos direitos de saúde e fazer parte de organizações de saúde e doentes (Kickbusch, 2006).

Ao colocar maior ênfase à LS fora do ambiente dos cuidados de saúde, esta tem maior impacto na saúde preventiva e reduz pressões nos sistemas de saúde. O seu conceito inclui a informação disponível e capacidade de tomada de decisão que ocorre no local de trabalho, no supermercado, em ambiente social com família ou amigos, e na sua relação com as variadas fontes de informação e decisões que diariamente têm impacto na saúde (Peerson, 2009). Por outras palavras, a literacia em saúde é igualmente relevante para a população que não será utente, não recorrendo ao sistema de saúde, podendo ser entendida como a capacidade de aceder, compreender, avaliar e comunicar a informação como forma de promover, manter e melhorar a saúde nos mais diversos contextos da vida. Esta definição sugere a LS como recurso para a vida diária, nos mais diversos cenários, e reconhece que o nosso estado de saúde e a aprendizagem estão intimamente ligados em todos os estádios da vida (Rootman, 2008).

O indivíduo deve ser capaz de usar conceitos de saúde e informação disponível, ser voz ativa e participativa na sociedade. A LS tem impacto no estado de saúde, na demografia, em factores psicossociais, sociopolíticos e culturais. É um conjunto de capacidades e competências desenvolvidas que permitem procurar, compreender, avaliar e utilizar a informação e conceitos de saúde de forma a realizar escolhas informadas, reduzir riscos para a saúde e aumentar a qualidade de vida (Zarcadoolas, 2005).

Trata-se de uma associação entre factores sociais e individuais e as capacidades que contribuem para a LS são a educação, a cultura e a linguagem. Igualmente importantes são as aptidões de comunicação e avaliação no que diz respeito à saúde individual e dos meios de

comunicação e as agências governamentais na transmissão de informação relativa à saúde (IOM, 2004). Segundo o quadro conceptual do IOM, existem três áreas onde é possível intervir e que influenciam a LS, são elas os sistemas educativos, os sistemas de saúde e os factores sociais e culturais, contribuindo para os custos e resultados em saúde.

Uma recente definição expande o ênfase para além do indivíduo, passando a incluir o grupo, a denominada literacia em saúde pública (Freedman et al., 2009). É complementar à LS individual e dos resultados em saúde fazem parte uma compreensão da comunidade das informações bem como a capacidade de avaliar e participar em ações cívicas relacionadas com a saúde.

Existem, portanto, várias definições com diferentes abordagens da literacia em saúde, nomeadamente, no foco ao nível individual ou mais amplo, bem como se se considera um conceito estático ou se é expectável que mude ao longo do tempo de acordo com as experiências, mudanças no sistema de saúde, tecnologia e na sociedade (Berkman et al., 2010).

Chegamos, desta forma, a um conceito abrangente que procura aglutinar a essência de diferentes definições da mesma, a literacia em saúde interligada com a literacia e que engloba o conhecimento individual, motivação e competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, permitindo a capacidade crítica e de decisão no quotidiano e em assuntos relacionados com cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e que permite a manutenção ou melhoria da qualidade de vida (Sørensen et al., 2012).

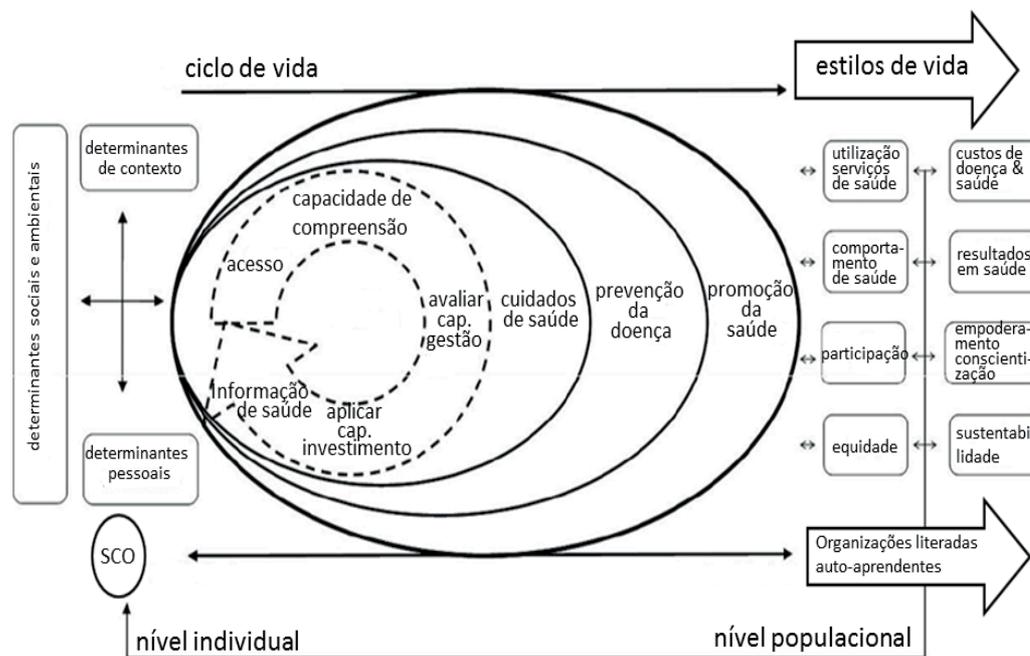
## **2.2. Quadro Conceptual**

Apesar da existência de vários quadros conceptuais da literacia em saúde (Nutbeam, 2008), torna-se necessário a sua redefinição, adaptando-os e colocando-os em linha com a evolução no seu conceito, definição e competências associadas (Protheroe et al., 2009). Este desajuste na conceptualização da LS pode ser em parte explicado pela não integração do conhecimento atual de uma forma abrangente com as diferentes perspectivas da mesma. Os modelos existentes não são suficientemente alicerçados em teoria, com noções e conceitos associados, para além de que poucos modelos conceptuais integram os componentes presentes em modelos de literacia médica e de saúde pública. Quase todos eles são estáticos e não é tido em conta que a LS é um processo que envolve passos consecutivos de acesso, compreensão, processamento e comunicação de informação. A ligação entre LS e os seus antecedentes e

consequências não é muito clara e escassos modelos conceptuais foram validados empiricamente (Sørensen et al., 2012).

Com o objectivo de colmatar as falhas existentes, Sørensen et al. (2012) propuseram um modelo conceptual para a concepção e operacionalização da literacia em saúde. Na Figura I é apresentado o modelo na sua versão adaptada e traduzida de Saboga-Nunes (2014).

**Figura I:** Modelo conceptual para a concepção e operacionalização da literacia em saúde



Fonte: Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e conscienciização da cidadania positiva. Revista Referência, III Série – Suplemento, p. 95-99.

No modelo estão realçadas as principais dimensões da LS (dentro da forma oval), mostrando os factores proximais e distais que nela têm impacto, bem como a sua ligação com resultados em saúde.

No seu núcleo estão as quatro competências relacionadas com o processo de acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relacionada com a saúde. O acesso está relacionado com a capacidade de procurar, encontrar e obter informação de saúde; a capacidade de compreensão refere-se à capacidade de compreender a informação encontrada; a avaliação da capacidade de gestão é a aptidão individual em interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação; a aplicação/utilização da capacidade de investimento refere-se à forma

como se comunica e se utiliza a informação que permite a tomada de decisão no sentido de melhorar ou manter a saúde.

O processo permite ao indivíduo navegar nos três domínios: Cuidados de Saúde (Cuidados Curativos/Paliativos), Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, ou seja, estando doente ou enquanto paciente em contexto de cuidados de saúde, estando em risco de doença e fazendo parte do sistema de prevenção da mesma e como cidadão relacionado com os esforços de promoção da saúde na comunidade, no local de trabalho, no sistema educativo, entre outros. O interface do campo da saúde com a LS acontece ao nível dos três domínios descritos, podendo ser feita a leitura dos indicadores que se referem à utilização dos serviços de saúde, comportamentos em saúde e participação (onde se enquadra o *empowerment*). Estes elementos estabelecem o fundamento da equidade, sendo pilar da sustentabilidade social (Saboga-Nunes, 2014).

O quadro conceptual associado a estes domínios representa a evolução de uma perspectiva centrada no indivíduo para uma outra focada na população, portanto, está integrada uma conceptualização médica da LS com uma perspectiva mais ampla da saúde pública. Ao colocar o enfoque fora do contexto dos cuidados de saúde, a prevenção ganha mais importância e reduz-se a pressão nos sistemas de saúde. O modelo também mostra os principais antecedentes e consequências da LS, com a distinção entre factores distais (factores sociais e determinantes ambientais) e proximais (determinantes pessoais e situacionais) (Sørensen et al., 2012).

### **2.3. Literacia em Saúde e *Empowerment***

O termo *empowerment* teve o seu pico de utilização na década de 90 e pode ser considerado um processo em que se cultiva o poder dos indivíduos através da partilha de conhecimento, práticas e recursos, deve produzir mudanças ao influenciar comportamentos próprios e dos outros, de forma a aumentar a qualidade de vida (Funnell et al., 1991). Este sentimento de poder, de controlo, de autoestima pode levar à valorização da autonomia e, conseqüentemente, o desejo de participar nas decisões relacionadas com a saúde.

Schulz e Nakamoto (2013) adaptaram quatro constructos do *empowerment* ao contexto da saúde: “relevância”, onde são valorizadas as atividades relacionadas com a percepção da vida ideal do paciente (é relevante para mim); “competência”, relacionada com a autoeficácia pois são atingidos os resultados desejados (sou capaz de fazer isto); no “impacto”, a realização de

uma tarefa é percebida como fazendo diferença (posso escolher vias diferentes); “escolha”, onde a decisão é caracterizada pela iniciativa autónoma e é autodeterminada (posso fazer a diferença).

Na definição da OMS, a saúde pode ser entendida como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não a mera ausência de afeções e enfermidades (OMS, 1948); a literacia em saúde (LS), por seu lado, associa um conjunto de capacidades dos indivíduos em navegar, compreender e aplicar o conhecimento em saúde à tomada da decisão mais apropriada ou consistente com a promoção e manutenção da saúde ótima (Peerson et al., 2009). Ambos os conceitos influenciam e determinam a forma como nos adaptamos às cada vez mais rápidas e complexas mudanças na sociedade, alterando comportamentos e práticas na saúde, promovendo o compromisso de ação e de participação em mudanças das normas sociais.

A LS é crítica no *empowerment* ao promover o acesso à informação e a capacidade de utilizar eficazmente (Nutbeam, 2008), mas apesar de conceitos distintos, tanto empírica como conceptualmente, estão interligados. A LS elevada nem sempre origina *empowerment* e vice-versa, o desencontro de ambos pode originar consequências negativas pois cria elevada dependência dos pacientes no sistema e profissionais de saúde quando a LS é elevada e o grau de *empowerment* é baixo, ou os riscos de má escolhas na saúde são elevados quando o *empowerment* é alto sem a adequada LS (Schulz & Nakamoto, 2013), onde o aumento da sua independência face à informação disponível pode levar à sobrevalorização do seu conhecimento e competências produzindo maus resultados em saúde (Rubinelli et al., 2009).

Uma das razões apontadas para os resultados menos bem conseguidos em relação às políticas dirigidas à melhoria da LS, prende-se com a falta de preocupação no que concerne ao *empowerment*, sendo de realçar a questão do “poder” do indivíduo ao invés de focar a promoção da LS em questões de cumprimento ou conformidade com normas instituídas (Kickbusch, 2001).

#### **2.4. Implicações da Literacia em Saúde**

A limitada literacia em saúde já foi associada com piores resultados em saúde (DeWalt et al., 2004), bem como a sua associação com indicadores socioeconómicos como habilitações literárias ou idade (Kutner et al., 2006). Afeta diretamente comportamentos críticos na saúde, essenciais no acesso ao sistema de saúde, na gestão da doença crónica e na promoção da

saúde. É uma fonte major de ineficiência geral da utilização dos serviços de saúde, resultando em gastos e desperdícios nos recursos existentes (Berkman et al., 2011).

Para além de possibilitar a comunicação clara entre o sistema de saúde e o paciente, a LS permite a compreensão da condição clínica e a melhor forma de tratá-la. Torna-se cada vez mais importante nos cuidados de saúde, especialmente nos primários, pois à medida que a idade aumenta, aumenta também o risco de aparecimento de doenças crónicas e limitações funcionais, estando estes problemas diretamente associados à inadequada LS (Kobylarz et al., 2006). Mais concretamente, os baixos níveis de LS estão diretamente relacionados com maior número de hospitalizações, maior utilização dos serviços de urgência, menor adesão à medicação e capacidade reduzida de interpretar rótulos e mensagens de saúde, sendo responsável por fracos resultados em saúde (Berkman et al., 2011).

Em 2003 foi realizado um estudo nos EUA, o National Adult Literacy Survey (NALS) que envolveu inquéritos a mais de 19.000 pessoas, acima dos 16 anos, sendo avaliadas pela resolução de tarefas relacionadas com os três domínios presentes na definição de LS adotada pelo estudo (IOM, 2004): clínico, preventivo e de navegação no sistema de saúde. O estudo demonstrou que cerca de um quarto da população americana (cerca de 40 milhões de pessoas) possui uma literacia não funcional e revelou as consequências que a incapacidade de utilizar o sistema de saúde e de o compreender produzem, não possibilitando um funcionamento eficiente na saúde, nos cuidados necessários à população e dificultando o atingimento da saúde ótima. Estimaram-se custos não inferiores a 106 biliões de dólares por ano (Kutner et al., 2006).

Na diabetes a literacia em saúde está associada ao conhecimento da doença, autossuficiência e autocuidado do utente, bem como o controlo da glicemia. Afeta inúmeras facetas da doença, nomeadamente, as suas complicações, como seja, o incorreto controlo da glicemia na medida em que há desconhecimento dos sintomas associados à hipoglicemia com risco de ocorrência de eventos adversos (Cavanaugh, 2011) ou taxas mais elevadas de retinopatia diabética (Schillinger et al., 2002). Situação semelhante em relação a outra doença crónica, a hipertensão arterial (HTA), onde a inadequada LS funciona como uma barreira à educação para a saúde dos pacientes, havendo graves limitações na compreensão da doença, dos próprios ensinamentos e cuidados necessários para o controlo adequado da HTA ou na adesão à terapêutica. Pacientes com HTA e inadequada LS têm pressões sistólicas mais elevadas do que pacientes com adequada LS (Williams et al., 1998).

Em relação à obesidade, sério problema de saúde pública onde existe comprovada relação entre a limitada LS e o excesso de peso entre adolescentes (Lam et al., 2014) e a sua

significativa relação com o Índice de Massa Corporal (IMC), onde quanto mais elevada for a literacia em saúde dos indivíduos, mais apropriado será o seu IMC (Cunha et al., 2014).

Em relação aos pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), os que têm níveis de LS mais baixos estão mais predispostos à não adesão da terapêutica, com falhas nos tratamentos, seja por depressão, confusão ou por desejo de “limpar o organismo”, do que pacientes com níveis mais elevados de LS (Kalichman et al., 1999).

A baixa literacia em saúde afeta a saúde do utente/paciente, aumentando a utilização e reutilização dos serviços de urgência (Griffey et al., 2014) bem como o risco de hospitalização ou internamento (Baker et al., 1998) e, inclusivamente, está relacionada com a mortalidade em indivíduos acima dos 52 anos de idade, podendo ser um elemento preditor da mesma (Bostock et al., 2012).

Segundo Parker (2000), a génese dos problemas da LS não se encontrará somente no sistema educativo mas também nos próprios prestadores de cuidados de saúde ao assumirem que deve ser o próprio utente a responsabilizar-se no seu autocuidado, numa altura em que os sistemas de saúde estão cada vez mais fragmentados, complexos, especializados e tecnologicamente sofisticados.

### 3. Instrumentos de Avaliação da Literacia em Saúde

A construção de uma abordagem que permita a avaliação desta construção social denominada literacia em saúde (LS), deve ser a tarefa mais significativa e necessária que enfrenta a pesquisa e prática da sua investigação (Pleasant et al., 2011).

Muitas questões são levantadas acerca dos métodos de medição da LS, que não são independentes da questão mais fulcral: o que queremos medir e para quê (Abel, 2008). Pleasant et al. (2011), conclui que há um consenso generalizado na necessidade de uma rigorosa abordagem científica no desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação da LS. O painel consultado identifica áreas igualmente unânimes onde a LS é considerada mais do que a capacidade de ler e escrever, uma determinante no estado de saúde que está para além de cenários clínicos abrangendo múltiplos domínios da saúde e sociedade.

Mas subsiste alguma insatisfação na comunidade científica acerca dos instrumentos disponíveis para avaliação da LS, sendo necessário novos métodos baseados em teorias mais recentes. Investigadores e profissionais necessitam de medir ambos os lados da equação, por um lado a LS individual, por outro a LS dos sistemas de saúde e profissionais da área. A avaliação deve permitir a comparação dos diferentes contextos, incluindo a cultura, curso de vida, grupo da população e cenário de pesquisa (Pleasant et al., 2011).

E porquê medir a Literacia em Saúde? Há uma ação recíproca entre a LS limitada e os maus resultados em saúde, bem como utilização evitável dos serviços de saúde, sendo necessárias melhorias significativas na saúde e na comunicação dos cuidados e sistemas de saúde existentes para que haja uma diminuição da associação entre LS e a mortalidade (Baker et al., 2007). A prevalência da LS limitada é alta, cerca de 26% nos Estados Unidos da América (EUA) (Paasche-Orlow, et al., 2005) e de 62% na população europeia de oito países (HLS-EU Consortium, 2012). Por forma a reduzir os riscos da LS limitada será essencial uma colaboração internacional, com planos de ação prioritários em cada país. A chave do processo que medeia a transformação num sistema de cuidados de saúde “amigo” da literacia em saúde será a disponibilidade de informação detalhada e comparável da mesma na população (Pleasant & McKinney, 2011).

Apesar da imensa investigação sobre a temática, algumas questões subjazem como o alcançar de consensos relativamente a uma definição da mesma, de modo a facilitar a sua medição e o desenvolvimento efetivo de intervenções necessárias. Há um claro desfasamento entre os atributos incluídos em definições mais recentes e teorias da LS, e os atributos que fazem parte dos seus atuais métodos de avaliação (Pleasant & McKinney, 2011). Por exemplo, há

instrumentos que avaliam a LS pela capacidade de leitura (Test Of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA), pela leitura e reconhecimento de palavras (Medical Term Recognition Test, METER), pelo cálculo (o subensaio numérico do TOFHLA) ou pela identificação de sinónimos (Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults- SAHLSA) (Ownby et al., 2014).

Ainda existem muitos constrangimentos relacionados com os instrumentos de avaliação da LS. Muitos deles focam-se em termos médicos ou relacionados com contextos médicos, não representando um espectro mais amplo. Esta deve incluir mais do que reconhecimento de palavras, capacidade de leitura e numérica, deve abarcar conceitos em termos de linguagem, contexto, cultura, comunicação ou tecnologia (Mancuso, 2009).

Tendo por base a revisão sistemática da literatura efetuada por Altin et al. (2014), os instrumentos de avaliação da literacia em saúde atualmente aplicados ou são um teste direto às capacidades individuais (medição objetiva) ou uma eliciação às capacidades auto-relatadas (medição subjetiva). Na abordagem objetiva, as aptidões são avaliadas pela resolução de tarefas relacionadas com a literacia escrita, numérica ou verbal, enquanto a medição subjetiva é caracterizada pelas percepção das capacidades individuais nalguns domínios.

### **3.1. Instrumentos de avaliação da LS com abordagem objetiva**

#### **Medical Term Recognition Test (METER)**

Instrumento desenvolvido em 2009 nos EUA, demora cerca de 2 minutos a ser realizado e inclui 40 termos médicos e 40 palavras sem significado. Ao indivíduo é pedido que assinale os itens que reconhece como palavras autênticas. Inclui inúmeras palavras do Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Rawson et al., 2009).

#### **Talking Touchscreen**

Ferramenta bilingue (Espanhol e Inglês) de avaliação da LS que associa os itens utilizados no Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) e mede a literacia de uma forma mais abrangente no campo de doenças associadas a certos estilos de vida, bem como questões relacionadas com seguros de saúde e direitos dos doentes (Yost et al, 2009).

**Critical Health Competencies Test (CHC-Test)**

Tendo como alicerce o conceito da medicina baseada na evidência, este teste consiste em 72 itens apresentados em 4 cenários onde se avalia o conhecimento de conceitos médicos, pesquisa de literatura, estatística e a criação de experiências e amostras (Steckelberg et al., 2007).

**The Short Assessment of Health Literacy in Spanish and English (SAHL-S&E)**

Instrumento de avaliação da LS que utiliza o reconhecimento de palavras combinando-o com um teste de compreensão de escolha múltipla. De forma a garantir tanto o reconhecimento de palavras como a compreensão, os sujeitos devem ler em voz alta 50 termos médicos e associar cada um com outra palavra de significado similar (Altin et al., 2014). A resposta é considerada válida mediante o correto pronunciar da palavra e a respetiva associação da mesma (Mancuso, 2009).

**Health and Financial Literacy**

Instrumento que faz a ponte entre a literacia e a tomada de decisão em contexto de saúde e factores financeiros. São 9 itens relacionados com o conhecimento relacionado com seguros de saúde, o peso da doença e competências com a medicação (James et al., 2012).

**3.2. Instrumentos de avaliação da LS com abordagem subjetiva****Mandarin Health Literacy Scale (MHLS)**

Engloba um amplo conjunto de competências da literacia que os sujeitos necessitam de ter por forma a realizar tarefas que permitam a manutenção da saúde, prevenção da doença bem como o acesso a serviços de saúde. São 50 itens onde fazem parte cenários de situações de vida real, avaliando-se a capacidade de leitura, compreensão e aritmética (Tsai et al., 2010).

**Swiss Health Literacy Survey (HLS-CH)**

Trata-se de um instrumento que procura operacionalizar uma série de competências genéricas na saúde e avaliar os indicadores relacionados com o conhecimento, aptidões, motivação e atitudes da população. São 127 itens onde fazem parte diversos domínios como a informação, tomada de decisão, capacidades cognitivas, interpessoais e a resolução de problemas. Neste caso, a LS é um conjunto de competências que interagem entre si (Wang et al., 2012).

**All Aspects of Health Literacy (AAHLS)**

Avalia a LS com base no quadro conceptual de Nutbeam (Nutbeam, 2000), medindo a literacia funcional, comunicativa e crítica, utilizando para o efeito 14 itens. Foi criado especificamente para ser usado em cuidados de saúde primários (Chinn et al., 2013).

**Health Literacy Management Scale (HeLMS)**

Composto por 8 escalas com 4 a 5 itens cada, este instrumento avalia as capacidades individuais, tendo em conta o contexto social e ambiental, na procura, compreensão e utilização de informação na saúde, fazendo parte desta escala muitos domínios onde a perspectiva é a do indivíduo em ambiente de cuidados de saúde (Jordan et al., 2013).

**Multidimensional Measure of Adolescent Health Literacy (MAHL)**

Instrumento de avaliação da literacia em saúde como uma construção dinâmica, abordando diversos domínios/dimensões como a relação utente/profissional de saúde, interação com o sistema de saúde, direitos e deveres e informação de saúde (Massey et al., 2013).

**3.3. Instrumentos de avaliação da LS com abordagem mista (objetiva e subjetiva)****Health Literacy Skills Instrument (HLSI)**

Instrumento com 25 itens que utiliza estímulos à saúde reais, abordando capacidades de procura de informação escrita, oral, quantitativa e baseada na *internet*. É necessário um computador para completar o inquérito e tem uma versão reduzida com 10 itens (McCormack et al., 2010).

**Canadian Exploratory Study**

Estudo explicativo com o intuito de definir um instrumento de avaliação ao combinar 9 itens relacionados com o acesso, compreensão e avaliação da informação de saúde e capacidades de comunicação com o profissional de saúde. Complementarmente, outros 9 itens de desempenho de tarefas avaliam a compreensão de aptidões relacionadas com a saúde (Begoray et al., 2012).

**Health Literacy of Canadian High School Students**

Instrumento aplicado a estudantes do ensino secundário, que contém textos relacionados com a saúde com questões de resposta aberta relacionadas com o mesmo. Tem 11 textos retirados de fontes diversas (internet, centros de saúde, entre outros) e 47 itens (30 de compreensão e 17 de avaliação), aborda temáticas como a nutrição ou saúde sexual. Inclui uma autoavaliação da Literacia em Saúde (Wu et al., 2010).

**Brief Subjective Measure of Numeracy and General Health Literacy**

Consiste em 11 itens que combina uma avaliação subjetiva da literacia funcional através do Set of Brief Screening Questions (SBSQ) (Chew et al., 2008), e a escala numérica subjetiva (Fagerlin et al., 2007). Aos indivíduos também é pedido para completarem dois testes objetivos da literacia (REALM e TOFHLA) e um teste numérico (o Wide Range Achievement Test 4) (McNaughton et al., 2011).

**Special Diabetes Program for Indians (SDPI-HH-PL)**

Instrumento que também combina itens do SBSQ para medir literacia escrita através da autoavaliação e itens que avaliam a literacia numérica através de testes quantitativos. O questionário avalia 4 tipos de conhecimentos: diabetes, uso de insulina, colesterol e tensão arterial (Altin et al., 2014).

**Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)**

Foi o primeiro instrumento de avaliação da literacia em saúde, aplicado nos pacientes em contexto de cuidados de saúde primários, educação para a saúde e pesquisa relacionada com a medicina. Trata-se de um teste de identificação de 125 palavras que permite identificar a LS limitada/baixa. Aos indivíduos é pedido que leiam as palavras em voz alta e é identificada a pronúncia correta ou incorreta. Tem uma versão reduzida e uma outra revista (Mancuso, 2009).

**Newest Vital Sign (NVS)**

Desenvolvido em 2005 por Weiss et al., trata-se de um instrumento de avaliação da LS comumente utilizado em que é pedido aos indivíduos que respondam a 6 perguntas relacionadas com informação de saúde, nomeadamente acerca de um rótulo de gelado com

informação nutricional. É dada ênfase às capacidades tanto de leitura como numéricas. Cada resposta correta equivale a um ponto.

Foi inicialmente construído com duas versões, inglesa e espanhola e tem como principais vantagens a sua rápida aplicabilidade (demora 3 a 5 minutos a ser realizado) e uma melhor discriminação dos níveis de literacia. Resultados entre 0 e 1 respostas corretas sugerem elevada possibilidade (50% ou superior) de LS limitada. Entre 2 e 3 respostas certas há a possibilidade de LS limitada. Entre 4 e 6 respostas acertadas a LS é adequada na maioria dos casos (Weiss et al., 2005).

### **European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)**

Inicialmente aplicado em 8 países da União Europeia (Alemanha, Bulgária, Áustria, Grécia, Espanha, Irlanda, Holanda e Polónia), a sua aplicação em 2012 envolveu cerca de 8100 participantes, pretendendo ser uma ferramenta inovadora e abrangente de avaliação da literacia em saúde.

São 47 questões relacionadas com as quatro dimensões de processamento da informação (acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relevante para a saúde na tomada de decisões) e a LS é classificada de excelente, suficiente, problemática e inadequada. Para efeitos de comparação e validação do HLS-EU-Q foi incluído o NVS no estudo (Sørensen et al., 2013).

## **4. Método**

### **4.1. Pergunta de Partida e Objetivo do Estudo**

A pergunta de partida é “Qual o grau de literacia em saúde dos pacientes e familiares no Serviço de Cirurgia-Geral do Hospital Curry Cabral?”

O objetivo geral é “Contribuir na avaliação e caracterização da literacia em saúde dos pacientes e familiares no Serviço de Cirurgia-Geral do Hospital Curry Cabral.”

### **4.2. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, sendo aplicado o instrumento de avaliação da literacia em saúde HLS-EU-PT.

### **4.3. População Alvo e Técnica de Amostragem**

A população deste estudo é composta pelos pacientes e familiares do Serviço de Cirurgia Geral, ala A e ala B, do Hospital Curry Cabral, EPE (HCC), sendo parte integrante desde 2012 do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (CHLC).

Para a amostra foram considerados como critérios inclusivos todos os indivíduos com idade igual ou superior aos 18 anos de idade, tratando-se de uma amostra não probabilística por conveniência.

A amostra total foi de 202 indivíduos.

### **4.4. Desenho do Estudo**

Foram pedidas as devidas autorizações para aplicação do questionário no Serviço de Cirurgia Geral do HCC. Após pareceres favoráveis do Coordenador da Cirurgia do HCC, Dr. Américo Martins, da Enfermeira Chefe Licínia Vitorino (ala A) e Enfermeira Chefe Maria João Silva (ala B), com conhecimento do Diretor da Área de Cirurgia do CHLC, Professor Eduardo Barroso, foi enviada toda a documentação para parecer da Comissão de Ética para a Saúde do

Centro Hospitalar Lisboa Central, juntamente com o primeiro esboço do consentimento informado. Após reformulação deste último veio o parecer positivo formal e o questionário foi aplicado durante o mês de Junho de 2015 (Anexo I).

Aos participantes é explicado o estudo que se pretende efetuar, mediante o acordo dos seus moldes procedem à assinatura do consentimento informado (Anexo II), ficando com uma cópia do mesmo, e é aplicado o questionário HLS-EU-PT (Anexo III).

#### **4.5. Instrumento de Recolha de Dados**

Para responder à questão de partida foi utilizado um inquérito por questionário de avaliação da literacia em saúde, o European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), na versão portuguesa autorizada, o European Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT) (Saboga-Nunes et al., 2013), através de entrevistas estruturadas realizadas no serviço de Cirurgia-Geral, ala A e ala B, do HCC.

##### **4.5.1. Entrevista Estruturada**

A entrevista como forma de interação social pode ser entendida como diálogo assimétrico em que um interveniente procurar recolher dados e o outro é fonte de informação. Tem como vantagens a possibilidade da sua classificação e quantificação, multiplicidade de dados possíveis e permite a obtenção de um maior número de respostas. Algumas desvantagens prendem-se com a possibilidade de alguma influência por parte do entrevistador, a falta de motivação do entrevistado ou o fornecimento de respostas não verdadeiras, de forma consciente ou não. A flexibilidade da própria entrevista pode contornar algumas destas questões (Gil, 1999).

A entrevista estruturada baseia-se na utilização de um questionário, neste caso o HLS-EU-PT, garantindo, deste forma, uma relação fixa, sem alteração da redação e da ordem das perguntas. Não necessita de grande preparação por parte do entrevistador, tendo custos mais baixos, mas também não há qualquer liberdade de aprofundar outro tipo de dados. O tratamento estatístico fica facilitado.

#### 4.5.2. European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)

Optámos pela utilização deste questionário pois a maior parte dos instrumentos de avaliação da literacia em saúde (LS) não conseguem captar todos os aspetos mais relevantes da mesma, focando numa pequena parte das dimensões subjacentes ao conceito, seja pela relação pouco clara com o modelo conceptual da LS ou pela sua fraca associação com causas e resultados em saúde (Jordan et al., 2011). Este instrumento procura incorporar alguns dos princípios sublinhados por Pleasant et al. (2011), como o facto de ser uma ferramenta multidimensional em conteúdo e metodologia, refletindo o conceito de LS como uma construção com diversos domínios conceptuais e componentes práticas, distingue-a da comunicação e permite comparabilidade em diversos contextos (culturais, grupos populacionais, entre outros).

O conceito subjacente ao questionário é o que entende literacia em saúde como interligada com a literacia e que engloba o conhecimento individual, motivação e competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, permitindo a capacidade crítica e de decisão no quotidiano e em assuntos relacionados com cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e que permite a manutenção ou melhoria da qualidade de vida (Sørensen et al., 2012).

O modelo conceptual adoptado é igualmente de Sørensen et al. (2012), realçando as dimensões principais da LS, integrando-as e identificando factores que possam ter impacto nos comportamentos relacionados com a saúde, resultados em saúde e utilização dos serviços de saúde.

O núcleo do modelo pode ser concebido como uma matriz de doze células (subdimensões), posicionando os quatro níveis de processamento da informação e conhecimento em saúde: Acesso, Compreensão, Avaliação e Aplicação da Informação, que estão relacionados com tarefas e tomada de decisões importantes na saúde. Estes quatro níveis posicionam-se dentro de três dimensões relevantes, são eles: Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (ver Tabela 1) (Sørensen et al., 2013). A análise da tomada de decisão é feita através da combinação das três dimensões e dos quatro níveis, gerando as doze subdimensões (Tabela I).

**Tabela I:** Matriz traduzida do HLS-EU

<b>Literacia em Saúde</b>	<b>Acesso/Obtenção de informação relevante para a saúde</b>	<b>Compreensão da informação relevante para a saúde</b>	<b>Avaliação/Processamento da informação relevante para a saúde</b>	<b>Aplicação/Utilização da informação relevante para a saúde</b>
<b>Cuidados de Saúde</b>	1) Capacidade de obter informação médica ou assuntos clínicos	2) Capacidade de compreender e extrair significado de informação médica	3) Capacidade de interpretar e avaliar informação médica	4) Capacidade da tomada de decisões informadas em questões médicas
<b>Prevenção da Doença</b>	5) Capacidade de obter informação sobre factores de risco para a saúde	6) Capacidade de compreender a informação sobre factores de risco e extrair significado	7) Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre factores de risco para a saúde	8) Capacidade da tomada de decisões informadas sobre factores de risco para a saúde
<b>Promoção da Saúde</b>	9) Capacidade de atualizar-se em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	10) Capacidade de compreender a informação em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico, extraindo significado	11) Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre determinantes para a saúde no ambiente social e físico	12) Capacidade da tomada de decisões informadas em determinantes para a saúde no ambiente social e físico

São 47 questões no total que utilizam uma escala de 4 pontos, em que o indivíduo se autoavalia face à dificuldade sentida na execução de tarefas relevantes na área da saúde. A escala de Likert usada consiste nas opções: 1- Muito Fácil, 2- Fácil, 3- Difícil e 4- Muito Difícil, havendo uma quinta alternativa que corresponde ao “Não Sabe/Não Responde”. Desta forma, o HLS-EU-Q refere-se à avaliação percebida pelo respondente e reflete a interação entre as competências individuais e as complexidades situacionais (HLS-EU Consortium, 2012). Pretende-se, assim, a identificação de um conjunto de competências básicas como o conhecimento e informação, competências cognitivas, competências sociais, estilos de vida, atitudes e valores, motivação e gestão médica.

Para cada dimensão considerada na LS, os indicadores principais considerados foram: Cuidados de Saúde (16 itens), Prevenção da Doença (15 itens) e Promoção da Saúde (16 itens). Dentro destes e em relação ao quatro níveis de processamento da informação, do “acesso” fazem parte 13 itens, da “compreensão” 11 itens, da “avaliação” 12 itens e da “aplicação da informação” 11 itens, distribuídos pelas 47 questões, existindo um número mínimo de respostas válidas para o cálculo da escala (Tabela II). Os indicadores foram padronizados numa métrica única que vai de 0 até ao máximo de 50, onde 0 representa o valor

mínimo de LS e 50 o seu máximo, a literacia em saúde avaliada pode ser “Desadequada” (0-25), “Problemática” (>25-33), “Suficiente” (>33-42) ou “Excelente” (>42-50).

As 12 subdimensões presentes na Tabela I foram consideradas de igual relevância e cada uma é representada por 3 a 5 itens.

Este instrumento não avalia somente capacidades individuais mas a autopercepção e autoavaliação das competências em diferentes situações relacionadas com a saúde que dependem, entre outras coisas, da cultura de cada país face à saúde, da complexidade do sistema nacional de saúde ou dos veículos de informação disponíveis e utilizados nas diversas áreas de intervenção necessárias (Doyle et al., 2012).

**Tabela II:** LS geral e escalas específicas, com os respectivos itens associados, e o número mínimo de respostas válidas necessárias

Item	Literacia em Saúde	Cuidados de Saúde	Prevenção da Doença	Promoção da Saúde	Obtenção de Informação	Compreensão da Informação	Avaliação da Informação	Aplicação da Informação
Q1	✓	✓			✓			
Q2	✓	✓			✓			
Q3	✓	✓			✓			
Q4	✓	✓			✓			
Q5	✓	✓				✓		
Q6	✓	✓				✓		
Q7	✓	✓				✓		
Q8	✓	✓				✓		
Q9	✓	✓					✓	
Q10	✓	✓					✓	
Q11	✓	✓					✓	
Q12	✓	✓					✓	
Q13	✓	✓						✓
Q14	✓	✓						✓
Q15	✓	✓						✓
Q16	✓	✓						✓
Q17	✓		✓		✓			
Q18	✓		✓		✓			
Q19	✓		✓		✓			
Q20	✓		✓		✓			
Q21	✓		✓			✓		
Q22	✓		✓			✓		
Q23	✓		✓			✓		
Q24	✓		✓				✓	
Q25	✓		✓				✓	
Q26	✓		✓				✓	
Q27	✓		✓				✓	

Item	Literacia em Saúde	Cuidados de Saúde	Prevenção da Doença	Promoção da Saúde	Obtenção de Informação	Compreensão da Informação	Avaliação da Informação	Aplicação da Informação
Q28	✓		✓				✓	
Q29	✓		✓					✓
Q30	✓		✓					✓
Q31	✓		✓					✓
Q32	✓			✓	✓			
Q33	✓			✓	✓			
Q34	✓			✓	✓			
Q35	✓			✓	✓			
Q36	✓			✓	✓			
Q37	✓			✓		✓		
Q38	✓			✓		✓		
Q39	✓			✓		✓		
Q40	✓			✓		✓		
Q41	✓			✓			✓	
Q42	✓			✓			✓	
Q43	✓			✓			✓	
Q44	✓			✓				✓
Q45	✓			✓				✓
Q46	✓			✓				✓
Q47	✓			✓				✓
<b>Número mínimo de respostas válidas para o cálculo da escala</b>								
	43	15	14	14	12	10	11	11

As restantes perguntas contidas no questionário, perfazendo o total de 86 questões, avaliam antecedentes e consequências da LS de acordo com o modelo conceptual adoptado, operacionalizado em 39 itens onde se inclui sentido de coerência (a, b e c), saúde e utilização de serviços de saúde (2 a 6), comportamentos na saúde, hábitos e estilos de vida e participação na comunidade (7 a 16) e factores socioeconómicos e demográficos (D1 a D16). São utilizados diversos tipos de escala, desde a escala de Likert, a de diferencial semântico, a dicotómica e a ordinal.

Para efeitos de comparação e validação do HLS-EU-Q foi incluído o Newest Vital Sign (NVS) no estudo europeu mas não sendo esse um dos objectivos deste estudo foi excluído.

#### 4.6. Análise de Dados

Numa primeira fase foi criada uma base de dados através do programa “IBM® SPSS® Statistics” (versão 20) e os dados foram enviados e analisados estatisticamente pela Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde (ProLisa), em parceria com a Universidade de Maastricht, sendo esta articulação possível por intermédio do Professor Luís Saboga-Nunes. Os resultados obtidos sintetizam e classificam a amostra em termos da sua literacia em saúde, podendo ser “Desadequada”, “Problemática”, “Suficiente” ou “Excelente”. De seguida, procedeu-se ao restante tratamento dos dados com a caracterização sociodemográfica da amostra, através da estatística descritiva, com os quadros de frequências e percentagens das variáveis. Seguiu-se o estudo da distribuição das frequências absolutas e acumuladas para cada variável, o cálculo do desvio padrão e média (no caso das variáveis numéricas) e o estudo da associação estatística entre variáveis através de testes de hipóteses (análise inferencial).

A avaliação da independência/associação, diferenças e correlação entre as variáveis foi realizada (após verificação de condições de aplicabilidade) recorrendo aos testes estatísticos Mann-Whitney, Teste t, teste ANOVA, Testes de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk), Teste de Levene, o coeficiente de correlação de Pearson e o de Spearman.

## 5. Resultados

Dos 202 participantes do estudo 115 são do género feminino (56,9%) e 87 do género masculino (43,1%), com idades compreendidas entre os 18 e os 85 anos, sendo a idade média dos respondentes de 50 anos (M= 49,85; DP= 15,23). A altura variou entre os 145cm e os 192cm, com uma média de 166cm (M= 166,29; DP= 9,04) e o peso oscilou entre os 36kg e os 260kg, apresentando uma média de 71kg (M= 71,43; DP= 19,71). A altura e o peso foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

Em termos do nível de educação, 37,6% dos inquiridos tem o Nível 3 (Ensino Secundário), 18,8% o Nível 1 (Escola Primária e/ou Ciclo Preparatório; 1º Ciclo ou 2º Ciclo do Ensino Básico), 15,3% o Nível 5 (Licenciatura Antiga), 12,9% o Nível 2 (5º ano do Liceu; 3º Ciclo do Ensino Básico), 7,9% o Nível 6 (Pós-Graduação; Curso de Especialização, Mestrado ou Doutoramento), 5,4% o Nível 4 (Bacharelato ou Licenciatura de Bolonha) e 0,5% o Nível 0 (Pré-Escolar).

12,4% afirma ter formação ou já ter trabalhado nalguma profissão na área da saúde e 86,6% negam ter algum tipo de contato profissional nesta área.

A condição principal perante trabalho para 41,6% dos inquiridos é de tempo integral e 23,8% encontram-se na reforma, reforma antecipada ou desistiu de negócios. 13,9% tem um emprego ou profissão e 7,9% está desempregado. 2% trabalham em part-time, são estudantes ou dona de casa (tempo integral), pai ou cuidador. 1% são militares ou prestam serviço comunitário.

A grande maioria dos participantes tem pais que nasceram em Portugal, 92,6%, somente 3% têm um dos pais nascido em Portugal e outro fora da União Europeia e em 2,5% dos casos ambos os pais nasceram fora da União Europeia. 1,5% dos inquiridos tem pais que nasceram noutra estado da União Europeia.

Em relação ao Estado Civil, 56,4% dos participantes são casados, 24,8% solteiros, 12,4% separados/divorciados e 6,4% viúvos, sendo que 71,8% refere que vive junto ou tem vida conjugal partilhada, 19,8% vive só e 5,4% refere ter um relacionamento sério mas não viver com ninguém.

52,5% dos inquiridos tem filho(s) com mais de 15 anos, 18,8% tem filho(s) com menos de 15 anos e 27,2% não tem filhos.

O rendimento líquido mensal do agregado familiar situa-se entre os 800€ e os 1350€ para 24,3% dos participantes, entre 1350€ e 1850€ em 16,8% dos casos, entre 500€ e 800€ para 15,8%, entre 1850€ e 2400€ em 12,4% dos inquiridos, menos de 500€ em 7,4%, entre 2400€

e 2950€ para 2,5%. Nos intervalos entre 2950€ e 3600€, entre 3600€ e 4400€ e entre 4400€ e 5250€ 1% dos participantes se situou em cada um deles e nos intervalos entre 5250€ e 6450€ e acima dos 6450€ foram 0,5% dos inquiridos que se posicionaram em cada um desses intervalos de rendimento líquido mensal do agregado (Tabela III).

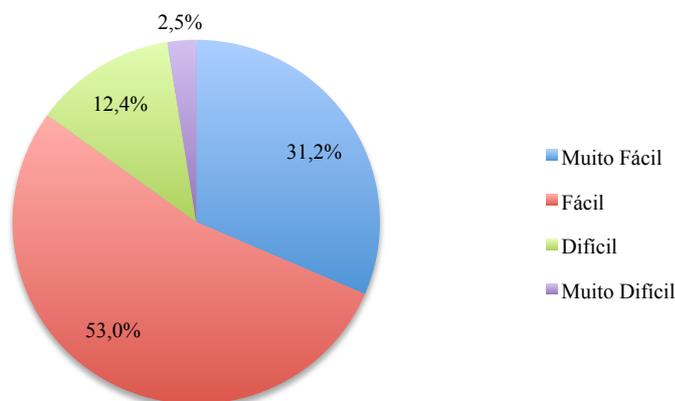
**Tabela III:** Dados sociodemográficos da amostra

	N	M	%
<b>Sexo</b>			
. Masculino	87		43,1
. Feminino	115		56,9
<b>Idade</b>		49,85	
<b>Habilitações Literárias</b>			
. Nível 0	1		0,5
. Nível 1	38		18,8
. Nível 2	26		12,9
. Nível 3	76		37,6
. Nível 4	11		5,4
. Nível 5	31		15,3
. Nível 6	16		7,9
<b>Condição perante o trabalho</b>			
. Emprego ou profissão	28		13,9
. Tempo integral	84		41,6
. Tempo Parcial	4		2
. Desempregado	16		7,9
. Estudante	4		2
. Reforma	48		23,8
. Incapacidade Permanente	6		3
. Militares	2		1
. Dona de casa/Pai/Cuidador	4		2
. Outros	2		1
<b>Filiação</b>			
. Pais nascidos em Portugal	187		92,6
. Pais nascidos noutra Estado-Membro da UE	3		1,5
. Um dos pais nascido em Portugal e outro fora da UE			
. Pais nascidos fora da UE	6		3
	5		2,5
<b>Estado Civil</b>			
. Solteira/o	50		24,8
. Casada/o	114		56,4
. Separada/o ou Divorciada/o	25		12,4
. Viúva/o	13		6,4
<b>Filhos</b>			
. Sim com menos de 15 anos	38		18,8
. Sim com mais de 15 anos	106		52,5
. Sem filhos	55		27,2

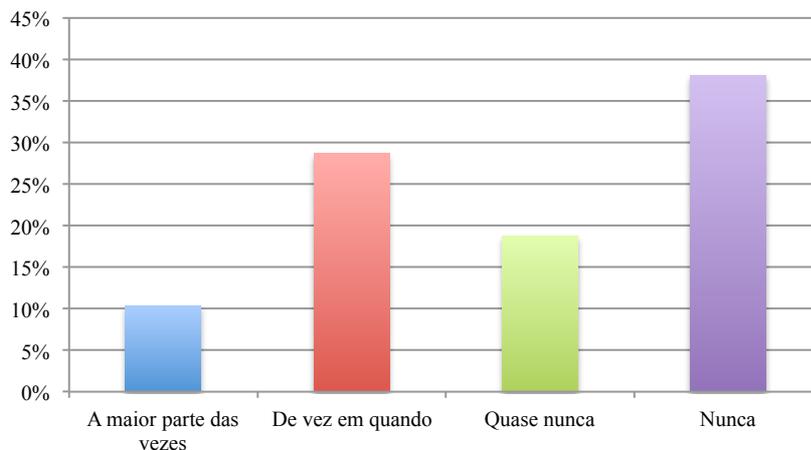
	N	M	%
<b>Rendimento líquido mensal</b>			
. Menos de 500€	15		7,4
. Entre 500€ e 800€	32		15,8
. Entre 800€ e 1350€	49		24,3
. Entre 1350€ e 1850€	34		16,8
. Entre 1850€ e 2400€	25		12,4
. Entre 2400€ e 2950€	5		2,5
. Entre 2950€ e 3600€	2		1
. Entre 3600€ e 4400€	2		1
. Entre 4400€ e 5250€	2		1
. Entre 5250€ e 6450€	1		0,5
. 6450€ ou mais	1		0,5

No que se refere à facilidade em comprar medicamentos, 53% dos participantes referem ser fácil, 31,2% muito fácil, 12,4% consideram difícil e 2,5% muito difícil (Figura II).

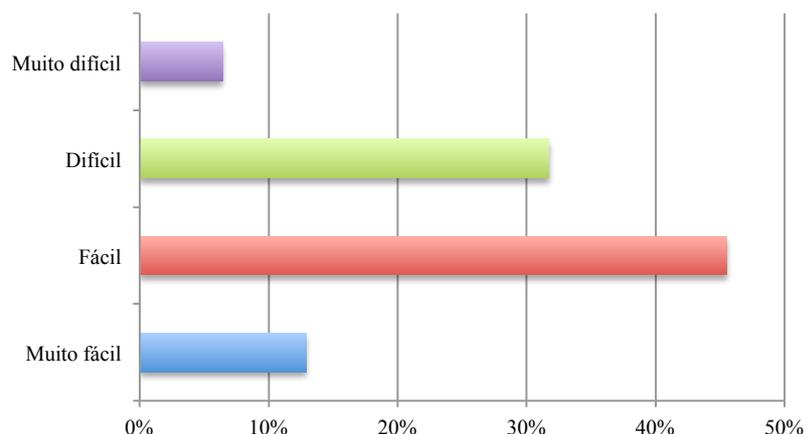
**Figura II:** Resultados relativos à facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos



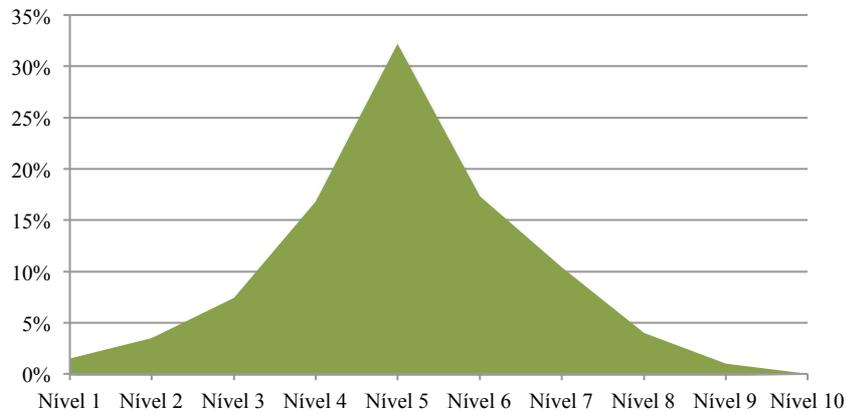
Em termos da dificuldade em pagar as contas no final do mês, 38,1% refere nunca ter dificuldade, 28,7% referem de vez em quando, 18,8% afirmam quase nunca ter e 10,4% têm dificuldade a maior parte das vezes (Figura III).

**Figura III:** Resultados relativos à facilidade ou dificuldade em pagar as contas no final do mês

O acesso ao médico assistente é fácil para 45,5% dos inquiridos, difícil para 31,7%, muito fácil em 12,9% dos casos e muito difícil para 6,4% (Figura IV).

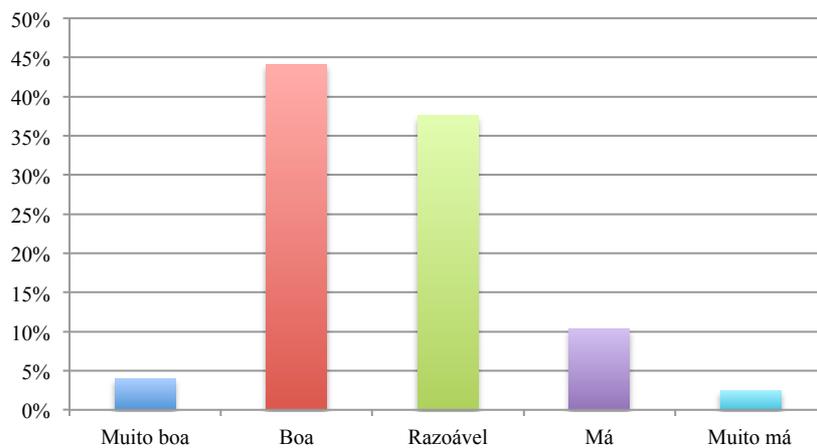
**Figura IV:** Resultados relativos à facilidade ou dificuldade no acesso ao médico assistente

Em relação ao estatuto social percebido, numa escala que varia entre 1 (nível mais baixo da sociedade) e o 10 (nível mais alto da sociedade), 32,2% dos participantes colocam-se no Nível 5 da sociedade, 17,3% no Nível 6, 16,8% no Nível 4, 10,4% no Nível 7, 7,4% no Nível 3, 4% no Nível 8, 3,5% no Nível 2, 1,5% no Nível 1 e 1% no Nível 9. Ninguém se posicionou no Nível 10 (Figura V).

**Figura V:** Resultados relativos ao estatuto social auto-percecionado

### 5.1. Avaliação da Saúde

Na avaliação da sua saúde em geral, 44,1% dos respondentes consideram-na “boa”, 37,6% vêem-na como “razoável”, 10,4% como “má”, 4% avaliam a sua saúde como “excelente” e 2,5% como “muito má” (Figura VI).

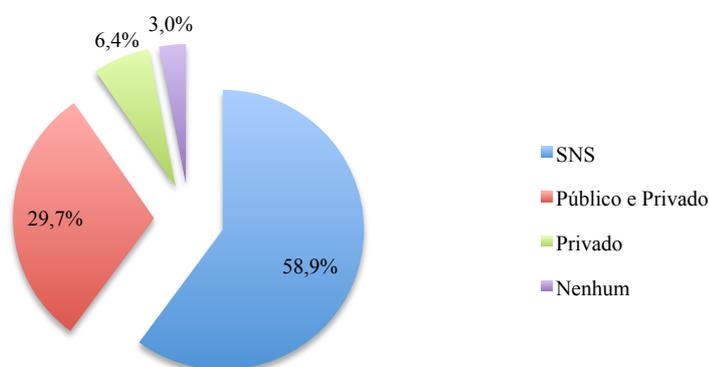
**Figura VI:** Resultados relativos à avaliação da saúde geral

No que diz respeito a doença(s) de longa duração, 41,6% dos inquiridos diz ter uma, 35,6% não têm nenhuma e 18,3% diz ter mais de uma. Aqueles com problemas de saúde, 54% afirmam que não limitaram nas atividades do dia-a-dia, 30,7% confirmam que limitaram mas não severamente e 9,9% dos inquiridos referem que sofreram limitações severas pelos seus problemas de saúde.

## 5.2. Sistema de Saúde e Sua Utilização

Nas questões relacionadas como o sistema de saúde e sua utilização, a maioria dos inquiridos (58,9%) inclui-se unicamente no Sistema Nacional de Saúde (SNS), 29,7% possui um sistema de saúde misto, público e privado, 6,4% somente privado e 3% refere não fazer parte de qualquer sistema de saúde ou possuir seguro de saúde (Figura VII).

**Figura VII:** Resultados relativos ao sistema de saúde e sua utilização



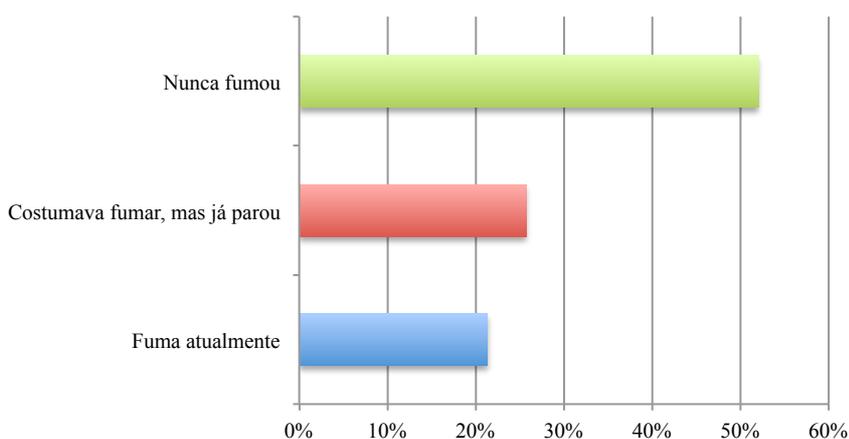
Sobre a utilização de um serviço de urgência nos últimos dois anos, 39,6% dos respondentes teve de recorrer 1 a 2 vezes, 34,2% 0 vezes, 14,9% recorreu 3 a 5 vezes e 9,9% mais do que 6 vezes. Em relação a idas ao médico nos últimos 12 meses, 44,1% foi entre 1 e 2 vezes, 26,7% entre 3 a 5 vezes, 19,8% foi ao médico mais do que 6 vezes 7,4% não foi ao médico nesse período. Em relação à utilização de um serviço hospitalar nos últimos 12 meses, 37,6% foi entre 1 e 2 vezes, 29,2% não foi nenhuma vez, 17,3% foi entre 3 a 5 vezes e 13,4% foi 6 vezes ou mais ao hospital. No que diz respeito à utilização de outros profissionais de saúde nos últimos 12 meses, 51% refere já ter recorrido entre 1 e 2 vezes, 19,3% afirma que não

utilizou outro profissional de saúde, 17,3% utilizou 3 a 5 vezes e 9,9% recorreu 6 vezes ou mais.

### 5.3. Comportamentos de Saúde

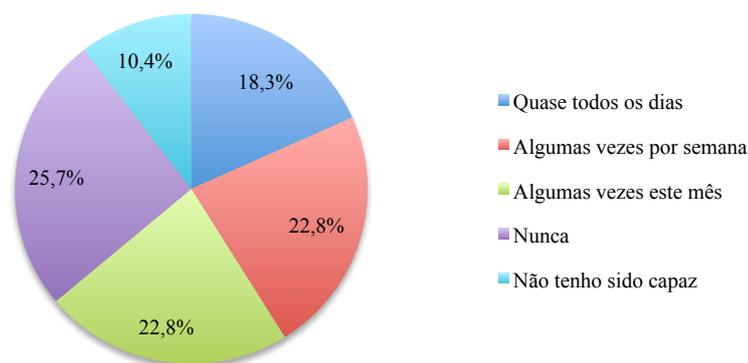
No que diz respeito aos comportamentos de saúde, a maioria dos respondentes não fuma (52%), 25,7% costumava fumar mas já não fuma atualmente e 21,3% fuma (Figura VIII).

**Figura VIII:** Resultados relativos ao consumo de tabaco



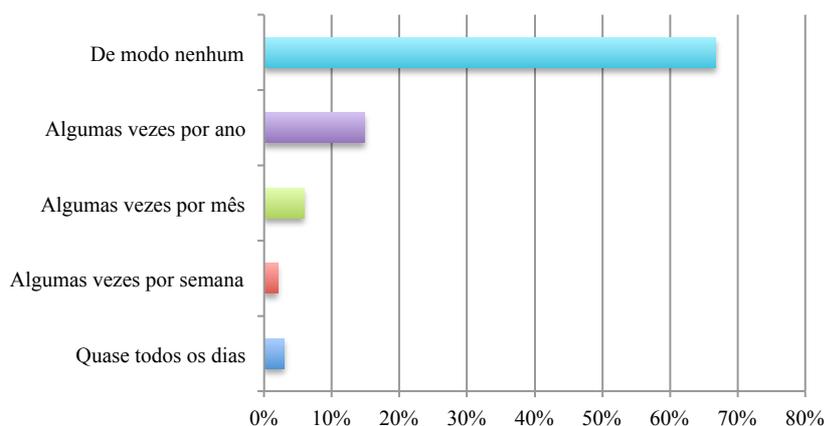
No consumo de álcool, 67,8% dos inquiridos afirma que bebeu bebida(s) alcoólica(s) nos últimos 12 meses e 47,5% destes afirma que nunca bebeu mais do que 5 bebidas numa ocasião. Já no que diz respeito ao consumo de álcool nos últimos 30 dias, 53% dos respondentes afirma que o fez não excedendo as 2 bebidas na ocasião em 30,2% dos casos.

Em relação à prática de exercício físico no último mês, iguais percentagens de quem praticou exercício físico algumas vezes por semana e algumas vezes durante o mês (22,8%). 25,7% afirma nunca ter praticado durante o último mês, 18,3% fê-lo quase todos os dias e 10,4% revelam não ter sido capazes (Figura IX).

**Figura IX:** Resultados relativos à prática de exercício físico

#### 5.4. Interação Social

Na interação social, 86,1% dos respondentes afirma que tem alguém para o acompanhar a uma consulta médica, seja amigo ou familiar. Em relação ao envolvimento ativo na comunidade, seja em voluntariado ou na participação de atividades locais, a larga maioria dos inquiridos não participa de modo algum (66,8%), 14,9% participa algumas vezes por ano, 5,9% algumas vezes por mês, 2% algumas vezes por semana e 3% participa em atividade na comunidade quase todos os dias (Figura X).

**Figura X:** Resultados relativos ao envolvimento na comunidade

### 5.5. Índice de Massa Corporal

Através do peso e da altura dos inquiridos foi feito o cálculo do IMC. Segundo a OMS (2015), consideram-se adultos com “baixo peso” quem tiver  $IMC < 18,5$ , “peso normal” para  $IMC \geq 18,5$  e  $< 25$ , pré-obesidade com  $IMC \geq 25$  e  $< 30$ , “obesidade grau I” para o  $IMC \geq 30$  e  $< 35$ , “obesidade grau II” o  $IMC \geq 35$  e  $< 40$  e “obesidade grau III” para valores de  $IMC \geq 40$ .

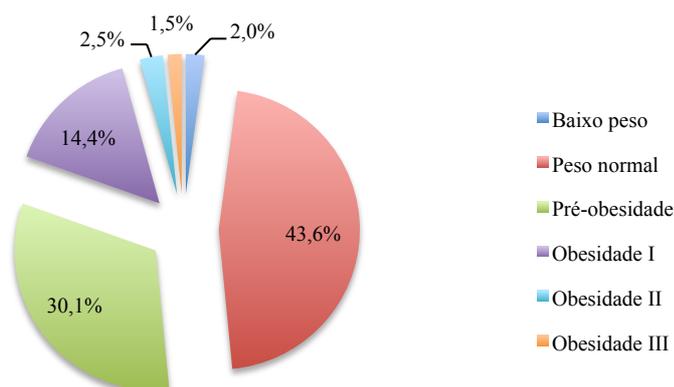
Para a amostra estudada, a média do IMC é de 24 ( $M = 24,15$ ;  $DP = 8,55$ ), sendo que tanto para a amostra do sexo feminino e masculino a média do IMC mantém-se nos 24 (Tabela IV).

**Tabela IV:** IMC média por género

	N	IMC (média)	Desvio Padrão
Sexo Masculino	87	24,2	9,5
Sexo Feminino	115	24,1	7,8

A maior percentagem dos respondentes apresenta peso normal (43,6%), seguido de 30,1% considerados pré-obesos. 14,4% já se situa na obesidade grau I. Percentagens abaixo dos 3% para o baixo peso e obesidade de grau II e III (Figura XI e Tabela V).

**Figura XI:** Resultados relativos ao IMC



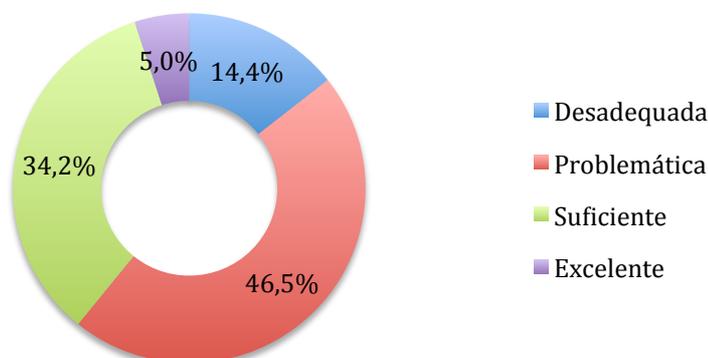
**Tabela V:** Resultados relativos ao IMC, segundo graus de obesidade e por género

IMC	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Baixo Peso: <18,5	7	8,0	11	9,6	18	8,9
Peso Normal: 18,5-24,9	35	40,2	49	42,6	84	41,6
Pré-Obesidade: 25 - 29,9	27	31,0	36	31,3	63	31,2
Obesidade Grau 1: 30-34,9	13	14,9	16	13,9	29	14,4
Obesidade Grau 2: 35-39,9	3	3,4	2	1,7	5	2,5
Obesidade Grau 3: >=40	2	2,3	1	,9	3	1,5
Total	87	43,1	115	56,9	202	100

## 5.6. Resultados da Literacia em Saúde

Em relação aos resultados da LS para a amostra de 202 pessoas, a avaliação da fidelidade interna da escala apresenta valores globais de  $\alpha = 0,944$ . Para as três dimensões da mesma escala, os elevados níveis de fidelidade mantêm-se: Cuidados de Saúde,  $\alpha = 0,857$ ; Prevenção da Doença,  $\alpha = 0,869$ ; Promoção da Saúde,  $\alpha = 0,881$  (Anexo IV).

A análise dos dados realizada pela Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde (ProLisa), em parceria com a Universidade de Maastricht, revela os seguintes resultados para a amostra estudada: 14,4% dos inquiridos apresenta literacia em saúde desadequada; 46,5% tem LS problemática; 34,2% LS suficiente; 5% tem excelente LS (Figura XII).

**Figura XII:** Resultados relativos à literacia em saúde

As percentagens de todos os itens da matriz do HLS-EU-PT, presentes nas suas 47 questões revelam alguma variação na dificuldade atribuída a cada item, desde os 3% (Q35) aos 40,1% (Q15) para a resposta “muito fácil” e desde 1% (Q16, Q17, Q21, Q23 e Q24) aos 20,3% (Q35) para a resposta “muito difícil”, ou seja, a questão à qual os inquiridos responderam ter maior dificuldade diz respeito à recolha de informação sobre as mudanças políticas que podem afetar a saúde (Q35), por outro lado, e segundo a amostra, a tarefa considerada mais fácil foi chamar uma ambulância numa emergência (Q15), indo ao encontro dos resultados encontrado no European Health Literacy Survey (HLS-EU Consortium, 2012). As percentagens mais elevadas de questões não respondidas situam-se nos 12,4% (Q36), 9,4% (Q28), 8,9% (Q35) e 8,4% (Q34), sendo três delas parte da dimensão “promoção da saúde” (Q34, Q35 e Q36) e uma da dimensão “prevenção da doença” (Q28). (Tabela VI).

**Tabela VI:** Percentagens de respostas de todas as questões do HLS-EU-PT

Questão	Numa escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, quão fácil diria que é:	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe
Q1	Encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?	16,8%	59,4%	19,8%	4%	-
Q2	Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?	9,9%	54,5%	30,2%	4,5%	1%
Q3	Descobrir o que fazer em caso de emergência médica?	13,9%	55,4%	23,3%	3,5%	4%
Q4	Descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?	14,9%	58,9%	21,8%	3%	1,5%
Q5	Compreender o que o seu médico lhe diz?	19,3%	60,9%	15,8%	3,5%	0,5%
Q6	Compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?	15,8%	54%	22,3%	6,4%	1,5%
Q7	Compreender o que fazer numa emergência médica?	11,9%	50,5%	30,2%	4,5%	3%
Q8	Compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado?	35,6%	57,9%	4%	1,5%	1%
Q9	Avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso?	13,4%	55,9%	23,8%	3,5%	3,5%
Q10	Avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?	6,9%	42,1%	43,1%	6,9%	1%
Q11	Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	6,9%	34,7%	46%	6,9%	5,4%
Q12	Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?	4,5%	27,2%	48,5%	13,4%	6,4%
Q13	Usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	8,9%	60,9%	22,8%	3,5%	4%
Q14	Seguir/Cumprir instruções sobre medicação?	34,2%	57,4%	6,9%	1%	0,5%
Q15	Chamar uma ambulância numa emergência?	40,1%	48%	5,4%	2,5%	4%
Q16	Seguir/Cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	32,2%	62,4%	4,5%	1%	-

Questão	Numa escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, quão fácil diria que é:	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe
Q17	Encontrar informações para lidar com comportamentos que afectam a sua saúde, tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	27,7%	53,5%	15,3%	1%	2,5%
Q18	Encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stress ou depressão?	10,9%	34,7%	42,6%	9,4%	2,5%
Q19	Encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer?	16,3%	54%	24,8%	3%	2%
Q20	Encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições, tais como excesso de peso, tensão arterial ou colesterol alto?	19,8%	58,9%	18,8%	1,5%	1%
Q21	Compreender avisos relativos à saúde e comportamentos, tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	29,2%	60,9%	7,9%	1%	1%
Q22	Compreender porque precisa de vacinas?	33,7%	54,5%	8,4%	2%	1,5%
Q23	Compreender porque precisa de exames de saúde?	34,7%	58,9%	4,5%	1%	1%
Q24	Avaliar quão seguras são advertências envolvendo a saúde, em aspectos tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	28,2%	57,9%	10,9%	1%	2%
Q25	Avaliar quando precisa ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?	15,3%	56,9%	22,8%	2%	3%
Q26	Avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?	11,9%	41,1%	38,6%	5%	3,5%
Q27	Avaliar que exames de saúde precisa fazer?	12,9%	49%	28,7%	4,5%	5%
Q28	Avaliar se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança?	5,4%	29,2%	44,6%	11,4%	9,4%
Q29	Decidir se deve fazer a vacina contra a gripe?	20,3%	47%	26,7%	4%	2%
Q30	Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	7,4%	48%	37,1%	3,5%	4%
Q31	Decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação?	5,4%	39,6%	41,1%	9,4%	4,5%
Q32	Encontrar informações sobre actividades saudáveis tais como actividade física, alimentação saudável e nutrição?	23,8%	61,4%	11,4%	2,5%	1%
Q33	Saber mais sobre as actividades que são boas para o seu bem-estar mental?	23,3%	51,5%	20,8%	2,5%	2%
Q34	Encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde?	7,9%	21,3%	45,5%	16,8%	8,4%
Q35	Saber mais sobre as mudanças políticas que possam afectar a saúde?	3%	22,8%	45%	20,3%	8,9%
Q36	Saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha?	8,9%	32,7%	35,1%	10,9%	12,4%
Q37	Compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares?	8,9%	63,9%	22,8%	2%	2,5%
Q38	Compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?	15,3%	53,5%	20,8%	8,9%	1,5%
Q39	Compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável?	11,9%	55,4%	21,8%	5,9%	5%
Q40	Compreender a informação que visa manter a sua mente saudável?	14,4%	57,9%	21,3%	2,5%	4%
Q41	Avaliar até que ponto a zona onde vive, afecta a sua saúde e bem-estar?	8,9%	48,5%	28,7%	9,4%	4,5%
Q42	Avaliar o modo como as condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável?	20,3%	56,4%	17,8%	3%	2,5%

Questão	Numa escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, quão fácil diria que é:	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe
Q43	Avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde?	25,7%	63,4%	7,9%	1,5%	1,5%
Q44	Tomar decisões para melhorar a sua saúde?	17,3%	57,4%	23,8%	1,5%	-
Q45	Integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?	16,8%	47,5%	24,8%	7,4%	3,5%
Q46	Influenciar as condições da sua vida que afectam a sua saúde e bem-estar?	19,8%	58,9%	13,4%	2%	5,9%
Q47	Participar em actividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?	13,4%	45%	29,7%	6,9%	5%

Os valores da LS variaram entre os 10,99 e os 49,29 com um valor médio de 31,58 (DP= 6,34), onde no género feminino apresenta um valor médio de 32,1 e no sexo masculino 30,8. Na Tabela VII apresentam-se os resultados da LS geral, os valores para cada dimensão (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), com a divisão por género. A Tabela VIII, por outro lado, discrimina os resultados da LS pelos scores que definem-na como desadequada, problemática, suficiente ou excelente, e a sua distribuição por género. Considerando a literacia limitada aquela com score de 0 a 33, o seu valor é de 60,9%.

**Tabela VII:** Resultados da literacia em saúde geral e para cada dimensão, por género

	N	Min.	Max.	Média	DP	CV (%)	Sk	K	t	p
<b>Dimensão I</b>										
<b>Cuidados de saúde</b>										
Sexo masculino	87	27	60	45.82	6,38	13,9	-.262	.234		
Sexo feminino	115	29	63	47.06	6.06	12,9	-.169	.575	-1.413	.159
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>27</b>	<b>63</b>	<b>46.52</b>	<b>6.21</b>	<b>13.3</b>	<b>-.223</b>	<b>.398</b>		
<b>Dimensão II</b>										
<b>Prevenção da doença</b>										
Sexo masculino	87	22	58	42.46	6.24	14.7	-.089	.501		
Sexo feminino	115	29	62	44.76	7.11	15.9	.206	-.591	-2.395	.018
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>22</b>	<b>62</b>	<b>43.77</b>	<b>6.83</b>	<b>15.6</b>	<b>.164</b>	<b>-.128</b>		
<b>Dimensão III</b>										
<b>Promoção da saúde</b>										
Sexo masculino	87	29	63	45.68	7.05	15.4	.020	.010		
Sexo feminino	115	28	64	45.85	7.53	16.4	.030	-.172	-.167	.867
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>28</b>	<b>64</b>	<b>45.78</b>	<b>7.31</b>	<b>16.0</b>	<b>.029</b>	<b>-.120</b>		

	N	Min.	Max.	Média	DP	CV (%)	Sk	K	t	p
<b>Literacia em saúde</b>										
<b>Sexo masculino</b>	87	10.99	43.26	30.83	6.34	20.6	-.157	.071		
<b>Sexo feminino</b>	115	14.18	49.29	32.15	6.30	19.6	.187	.111	-1.468	.144
<b>Total</b>	202	10.99	49.29	31.58	6.34	20.1	.036	.130		

**Tabela VIII:** Resultado da literacia em saúde por score e por género

Literacia em Saúde	Masculino		Feminino		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Desadequada (0-25)</b>	17	19.5	12	10.4	29	14.4	4.004	.260
<b>Problemática (25-33)</b>	40	46	54	47	94	46.5		
<b>Suficiente (33-42)</b>	27	31	42	36.5	69	34.2		
<b>Excelente (42-50)</b>	3	3.4	7	6.1	10	5		
<b>Total</b>	87	43.1	115	56.9	202	100		

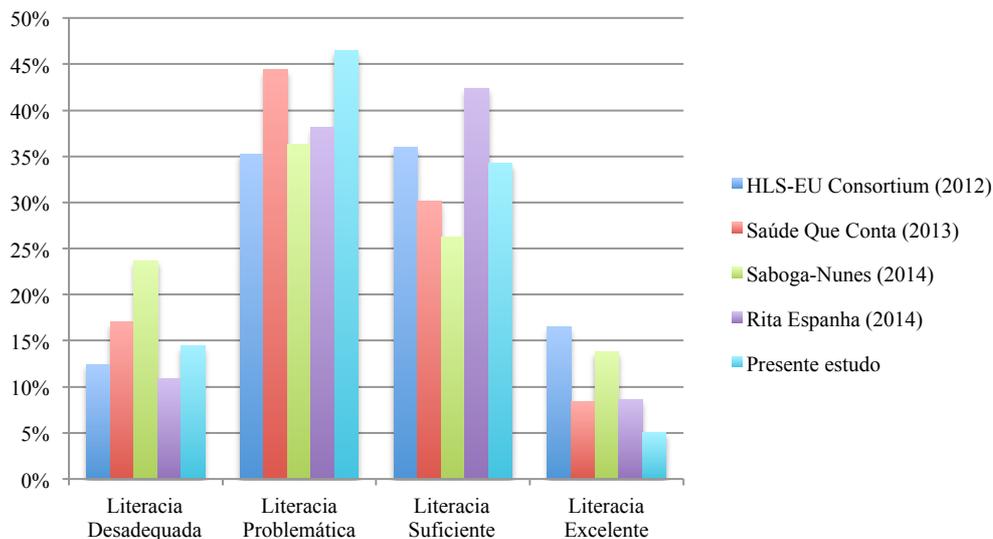
Existem diferentes resultados para diferentes estudos aplicando o mesmo questionário (HLS-EU-Q ou o HLS-EU-PT), no ano de 2011 foi realizada uma extensa análise comparativa em oito países da UE (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha), o European Health Literacy Survey, numa amostra de cerca de 8000 inquiridos no total dos países envolvidos, revelando resultados globais de LS desadequada em 12,4% dos casos, a LS problemática e LS suficiente em cerca de 35% da amostra e LS excelente em 16,5% da população estudada (HLS-EU Consortium, 2012).

O projeto “Saúde que Conta”, com uma amostra aproximada de 1000 indivíduos residentes em Portugal, revela que cerca de 61% apresenta LS limitada, 30,1% possui LS suficiente e 8,4% revela um score global acima de 42 de LS, categorizando-se em excelente.

Também com uma amostra semelhante, residente em Portugal, Saboga-Nunes (2014) revela valores da LS limitada em 60% dos inquiridos, enquanto a LS excelente está presente em 13,8% da população inquirida e LS suficiente em 26,2%.

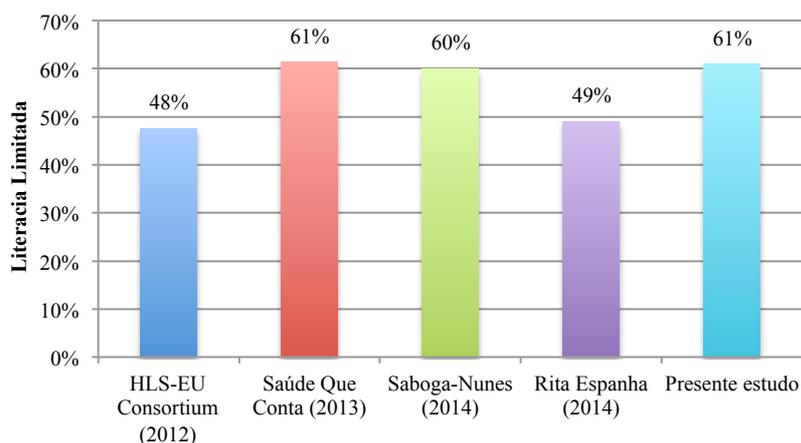
Mais recentemente, num estudo liderado por Rita Espanha (2014), numa amostra de 2104 indivíduos residentes em Portugal, revela valores de LS limitada de 49%, LS suficiente em 42,4% da população estudada e 8,6% possuem LS excelente (Figura XIII).

**Figura XIII:** Resultados de diversos estudos por score de literacia em saúde



A Figura XIV resume os valores da literacia limitada (LS desadequada e LS problemática somadas), em cada estudo.

**Figura XIV:** Resultados da literacia limitada em diversos estudos



Tendo por base Pelikan et. al (2012) e de Sørensen et. al (2015), procedeu-se a uma análise da proporção de inquiridos inseridos em determinado subgrupo que possui literacia limitada (por exemplo, quem tem rendimentos inferiores a 800€), ou seja, com um score geral entre 0 e 33 (classificação de literacia desadequada e problemática), de forma a identificar, eventualmente,

grupos mais vulneráveis à literacia considerada limitada (gradiente social). Apesar de valores nunca superiores aos 50%, o grupo mais vulnerável é o que referiu ser difícil ou muito difícil aceder ao médico (atendendo ao tempo, seguro ou subsistema, custo de deslocações), com 43,9% de literacia limitada. Depois vêm dois grupos com 25,2% dos inquiridos igualmente com valores baixos de literacia, com educação até ao nível 1 (Pré-escolar; Escola primária e/ou ciclo preparatório; 1º ciclo ou 2º ciclo do ensino básico) e rendimentos familiares por mês inferiores a 800€. Os dados parecem revelar que baixos rendimentos, quando acarretam maiores dificuldades em comprar medicação, acompanham valores mais baixos de LS, apesar da aparente contradição com os inquiridos que revelam dificuldade em pagar as contas no final do mês onde a percentagem de inquiridos baixa para os 9,8% (Tabela IX).

**Tabela IX:** Percentagem de indivíduos com literacia limitada em grupos vulneráveis selecionados

Indicadores	Categoria	Percentagem
Nível social	Nível 1, 2 e 3	14,7
Saúde em geral	Má e muito má	14,6
Nível de educação	Nível 0 e 1	25,2
Facilidade comprar medicação	Difícil e muito difícil	17,9
Facilidade aceder ao médico	Difícil e muito difícil	43,9
Problemas de saúde e atividades	Limitaram severamente	8,9
Rendimento	Menos de 500€	25,2
	Entre 500€ e 800€	
Dificuldade pagar contas	A maior parte das vezes	9,8
Doença de longa duração	Sim mais de uma	18,7
Idade	Superior a 75 anos	4,9

### 5.6.1. Correlações

#### Género e LS

Para verificar a correlação entre as variáveis LS e idade, foram utilizados dois tipos de teste.

Considerando a LS uma variável dependente e qualitativa, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, por forma a testar a igualdade de distribuições (medianas) de uma variável em dois grupos independentes (Tabela X).

**Tabela X:** Resumo de teste de hipótese (Correlação: género e LS)

Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
A distribuição da LS é a mesma entre as categorias "idade"	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	.084	Retetar a hipótese nula
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05			

Sendo o  $\text{sig} > 0,05$ , não há diferenças significativas entre géneros, não se confirmando a hipótese de que a LS estaria relacionada com o género do inquirido.

Numa segunda abordagem da hipótese levantada, considerou-se o resultado total da LS (variável quantitativa) e aplicou-se o Teste T-Student (igualdade a duas médias), após verificação dos seus pressupostos: distribuição normal e variâncias homogêneas.

Em relação à distribuição normal, a amostra para cada grupo (género masculino e género feminino) é superior a 50 por isso utilizamos o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S) (Tabela XI).

**Tabela XI:** Testes de normalidade (Correlação: género e LS)

		Kolmogorov-Smirnov (correlação de significância de Lilliefors)			Shapiro-Wilk			
		Género	Estatística	N	Sig.	Estatística	N	Sig.
literacia em Saúde	Género Masculino		,048	87	,200	,985	87	,428
	Género Feminino		,044	115	,200	,993	115	,849

Como os sig são superiores a 0,05 o pressuposto verifica-se, seguindo as populações uma distribuição normal.

Em relação à homogeneidade das variâncias, aplica-se o Teste de Levene (Tabela XII) que confirma o pressuposto com um sig=0,935 (>0,05), ou seja, as variâncias são homogéneas. Com os dois pressupostos confirmados avançamos para o Teste T-Student, sendo o sig>0,05 (sig=0,144) não há diferenças significativas entre os géneros, ou seja, a LS não está relacionada com o género, na amostra estudada.

**Tabela XII:** Teste de amostras independentes (Correlação: género e LS)

		Teste de Leve para igualdade de variâncias			Teste t para igualdade de médias		
		W	Sig.	t	N	Sig. (2 extremidades)	Diferença média
Literacia em Saúde	Variâncias iguais assumidas	,007	,935	-1,468	200	,144	-1,31757

Sobre as diferenças entre géneros e a LS, o estudo de Sörensen (2015) revela pequenas diferenças entre ambos, com os indivíduos do sexo masculino a apresentarem valores ligeiramente inferiores. Lee et. al (2015), aplicando diferentes ferramentas de avaliação, conclui que as mulheres apresentam valores mais elevados de LS, estando associado, por exemplo, a níveis de escolaridade superiores. Também noutra estudo realizado na Austrália e relacionado com a doença mental, os valores de LS do sexo masculino são inferiores aos do sexo feminino com eventuais repercussões na intervenção precoce de patologias psiquiátricas, segundo os autores (Cotton et. al, 2006).

### **Idade e LS**

No caso da varável idade, dividiu-se a idade dos inquiridos em 7 faixas etárias, espaçadas de 10 anos entre si, onde o maior número de respondentes se situou entre os 36 e os 45 anos (Tabela XIII).

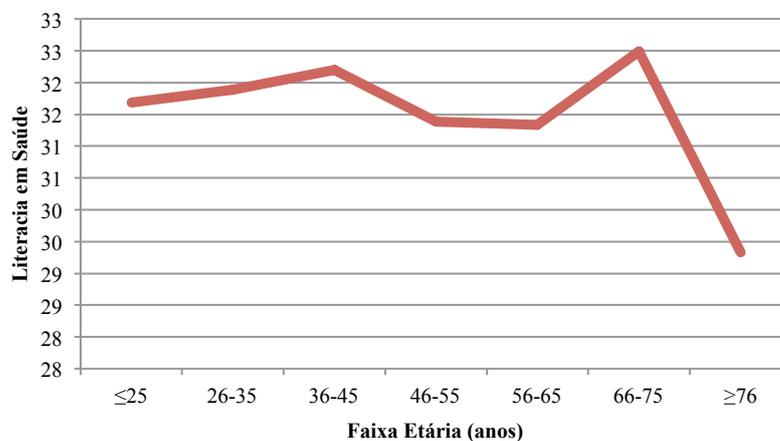
**Tabela XIII:** Distribuição dos inquiridos por faixa etária

Faixa etária (anos)	N	%	% cumulativa
≤25	8	4,0	4,0
>25 e ≤35	30	14,9	18,8
>35 e ≤45	50	24,8	43,6
>45 e ≤55	33	16,3	59,9
>55 e ≤65	45	22,3	82,2
>65 e ≤75	29	14,4	96,5
>75	7	3,5	100
Total	202	100	100

No que diz respeito à LS e a idade, na amostra estudada os resultados revelam que as seguintes LS médias muito aproximadas, todas elas entre os scores 25 a 33, sendo por isso considerada “problemática”, com o valor mais baixo na faixa etária superior a 75 anos (29,33) e o valor superior entre os 66 e os 75 anos (32,49) (Tabela XIV e Figura XV).

**Tabela XIV:** Resultados da LS média por faixa etária

Faixa etária (anos)	LS (média)
≤25	31,69
>25 e ≤35	31,89
>35 e ≤45	32,20
>45 e ≤55	31,38
>55 e ≤65	31,33
>65 e ≤75	32,49
>75	29,33

**Figura XV:** Resultados da LS média por faixa etária

Para a análise desta correlação, considerando numa primeira abordagem tratar-se de duas variáveis quantitativas (não sendo definidas faixas etárias), foi aplicado o Teste de Correlação de Pearson, de forma a avaliar o grau de relação linear entre as duas variáveis (Tabela XV).

**Tabela XV:** Teste de correlação de Pearson (Correlação: idade e LS)

		Literacia em Saúde	Idade
Literacia em Saúde	Correlação de Pearson	1	-,094
	Sig. (2 extremidades)	.	,182
	N	202	202
Idade	Correlação de Pearson	-,094	1
	Sig. (2 extremidades)	,182	.
	N	202	202

Os resultados revelam que não existe correlação significativa entre a LS e a idade ( $\text{sig} > 0,05$ ), não se confirmando a hipótese de que a LS está relacionada com a idade para a amostra estudada. Mesmo perante esta não correlação entre as variáveis e, desta vez, considerando a idade em faixas etárias, realizou-se uma regressão linear simples através do teste ANOVA por forma a verificar as diferenças entre elas, confirmando-se que não existe diferença significativa ( $F = ,424$ ;  $p = ,862$ ) (Anexo V).

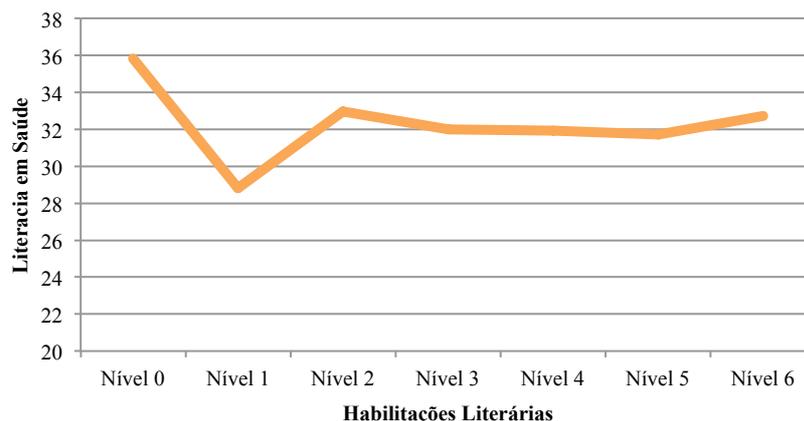
Sörensen (2015), no seu trabalho sobre o estudo europeu da Literacia em Saúde, revela uma correlação significativa entre a idade e LS, piorando esta com o avançar dos anos. Através do mesmo instrumento de avaliação, o HLS-EU-Q, Cunha et. al (2014) apresenta resultados que revelam que os jovens adultos apresentam scores médios de LS superiores aos dos indivíduos mais idosos, concluindo que a LS apresenta mudanças de acordo com o ciclo de vida.

Outros estudos mantêm as mesmas conclusões, Baker et. al (2000), por exemplo, através da aplicação do TOFHLA conclui que existe uma diminuição do score da literacia por cada ano aumentado na idade da amostra.

### Habilitações literárias e LS

No HLS-EU-PT as habilitações literárias estão divididas por níveis de 0 (pré-escolar) a 6 (pós-graduação; curso de especialização, mestrado ou doutoramento). A LS média para cada nível foi de 35,82 (nível 0); 28,80 (nível 1); 32,95 (nível 2); 31,98 (nível 3); 31,91 (nível 4); 31,72 (nível 5); 32,73 (nível 6) (Figura XVI).

**Figura XVI:** Resultados da LS média por habilitações literárias



Perante uma variável ordinal aplicamos o Coeficiente de Correlação de Spearman, medindo a intensidade de relação entre as variáveis. O coeficiente  $\rho$  de Spearman varia entre -1 e 1, quanto mais próximo destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. Neste caso, sendo o  $\rho = 0,134$  e o  $\text{sig} = 0,058$  ( $> 0,05$ ), não há correlação significativa entre a LS e as habilitações literárias, para a amostra estudada (Tabela XVI).

**Tabela XVI:** Coeficiente de correlação de Spearman (Correlação: habilitações literárias e LS)

		Literacia em Saúde	Nível educação
$\rho$ de Spearman	Literacia em Saúde	Coeficiente de correlação	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,134
		N	,058
Nível educação	Nível educação	Coeficiente de correlação	202
		Sig. (2 extremidades)	202
		N	,134
			,058
			202

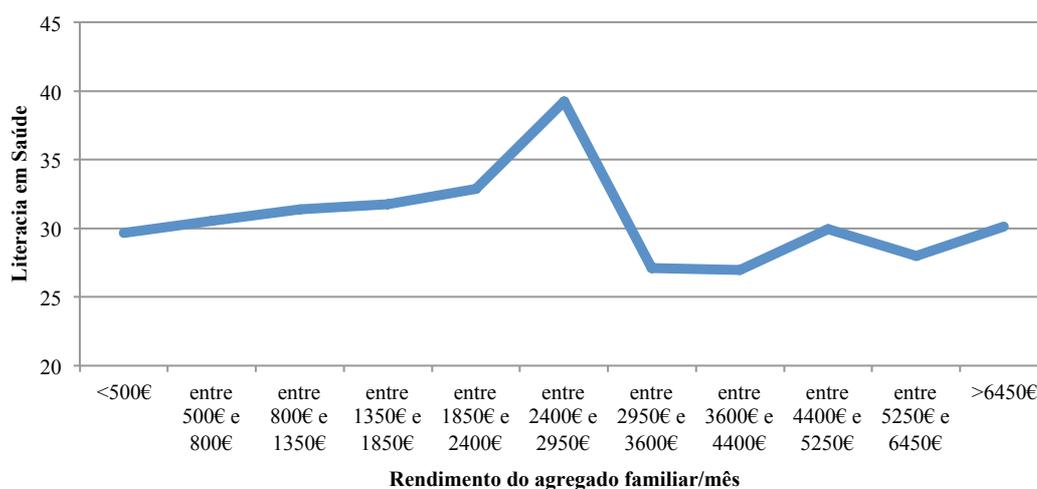
Também neste caso, e através de uma teste de regressão linear simples, se verifica que não há diferenças significativas entre os grupos ( $F= 1,548$ ;  $p= ,153$ ) (Anexo VI).

Estudos apontam resultados diferente, Cunha et al. (2014), Van Der Heide (2013) e Sörensen (2015) revelam correlações positivas significativas entre as duas variáveis, ou seja, quanto maior o nível educacional maior será a LS do indivíduo.

### Rendimento líquido mensal e LS

No que concerne à LS e o rendimento líquido mensal do agregado familiar, o valor mais baixo da LS foi no nível rendimento situado entre os 3600€ e os 4400€ ( $M= 26,95$ ), seguindo-se os respondentes situados no nível de rendimento compreendido entre 2950€ e os 3600€ ( $M= 27,13$ ). Para rendimentos entre os 5250€ e os 6450€ a LS média foi de 28,01, seguindo-se a LS para rendimentos inferiores a 500€ ( $M= 29,67$ ) e posteriormente para rendimentos entre os 4400€ e os 5250€ ( $M= 29,96$ ). Rendimentos acima dos 6450€ apresentam LS de 30,14; entre os 500€ e 800€ a LS média é de 30,53; entre os 800€ e os 1350€ o valor da LS média é 31,39; entre os 1350€ e os 1850€ a média da LS é 31,74; depois entre os 1850€ e os 2400€ os valores sobem para os 32,89 (LS média) e, finalmente, o valor mais alto da LS é no nível de rendimento mensal do agregado familiar situado entre os 2400€ e os 2950€, com uma LS média de 39,22, sendo o único com valor superior a 33, ou seja, que não é considerada LS limitada (Figura XVII).

**Figura XVII:** Resultados da LS média por rendimento do agregado familiar mensal



Para verificar esta correlação e estando em presença de mais uma variável ordinal, aplicamos o Coeficiente de Correlação de Spearman.

Com o  $\rho = 0,051$  e o  $\text{sig} = 0,475$  ( $>0,05$ ), não existe correlação significativa entre o nível de rendimento e a LS para a amostra estudada (Tabela XVII).

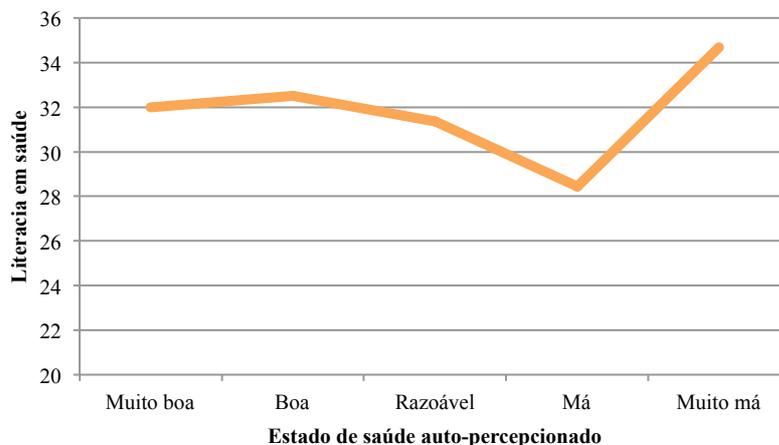
**Tabela XVII:** Coeficiente de correlação de Spearman (Correlação: rendimento familiar mensal e LS)

		Literacia em Saúde	Rendimento líquido
$\rho$ de Spearman	Literacia em Saúde	Coefficiente de correlação	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,051
		N	202
	Rendimento líquido	Coefficiente de correlação	,051
		Sig. (2 extremidades)	,475
		N	202

Sørensen et al. (2015) refere uma forte correlação entre a LS e a privação financeira, considerando alguns fatores em conjunto como o rendimento líquido mensal baixo, a dificuldade em pagar contas ou comprar medicação. Cunha et al. (2014) refere valores de literacia máxima nos indivíduos com rendimentos considerados médio-altos.

### **Estado de saúde auto-percepcionado e LS**

A avaliação da saúde em geral, referida por “estado de saúde auto-percepcionado”, apresenta valores díspares de LS média, por um lado o valor mais baixo situa-se nos 28,44 e corresponde à “má” saúde em geral atribuído pelos respondentes, o valor mais elevado da LS corresponde exatamente aos inquiridos que posicionaram a sua saúde em “muito má” ( $M = 34,68$ ) (Figura XVIII).

**Figura XVIII:** Resultados da LS média por estado de saúde auto-percepcionado

Mais uma vez recorrendo ao Coeficiente de Correlação de Spearman, se verifica que não existe correlação significativa entre o estado de saúde auto-percepcionado e a LS na amostra estudada ( $\rho = -0,071$ ;  $\text{sig} = 0,314$ ) (Tabela XVIII).

**Tabela XVIII:** Coeficiente de correlação de Spearman (Correlação: estado de saúde auto-percepcionado e LS)

		Literacia em Saúde	Estado de saúde
$\rho$ de Spearman	Literacia em Saúde	1,000	-,071
	Sig. (2 extremidades)	.	,314
	N	202	202
Estado de saúde	Estado de saúde	-,071	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,314	.
	N	202	202

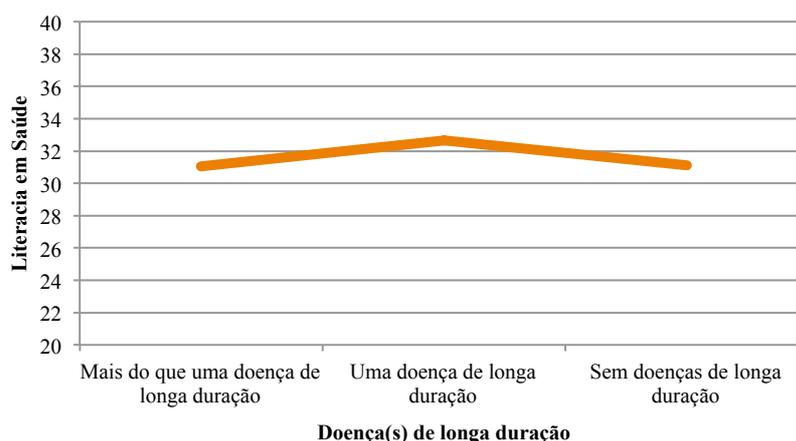
Com resultados que associam a LS ao estado de saúde auto-percepcionado, Cho et al. (2008) revela que as variáveis se correlacionam positivamente, em conjunto com o conhecimento demonstrado em relação à doença. Assim como Lee et al. (2010), onde os resultados mostram que o nível de LS é mais elevado acompanhando uma avaliação positiva do estado de saúde

mental e física avaliados pelos inquiridos. Toci et al. (2014) seguem em conformidade com estes estudos onde a LS é mais elevada nos inquiridos que avaliaram a sua saúde como boa do que nos que a avaliaram mais negativamente.

### Doenças de longa duração e LS

A existência, ou não, de doenças de longa duração revela valores médios de LS muito semelhante, variando dos 31,05 no caso dos respondentes com mais do que uma doença de longa duração e os 32,64 no caso de quem refere ter uma doença de longa duração. O valor da LS média para quem não tem nenhuma doença de longa duração é de 31,1 (Figura XIX).

**Figura XIX:** Resultados da LS média por doença(s) de longa duração



Perante duas variáveis quantitativas recorreu-se ao Teste de Correlação de Pearson que mostra não existir correlação significativa entre a existência de uma ou mais doenças de longa duração e a LS ( $\text{sig} = 0,482$ ), para a amostra estudada (Tabela XIX).

**Tabela XIX:** Teste de correlação de Pearson (Correlação: doenças de longa duração e LS)

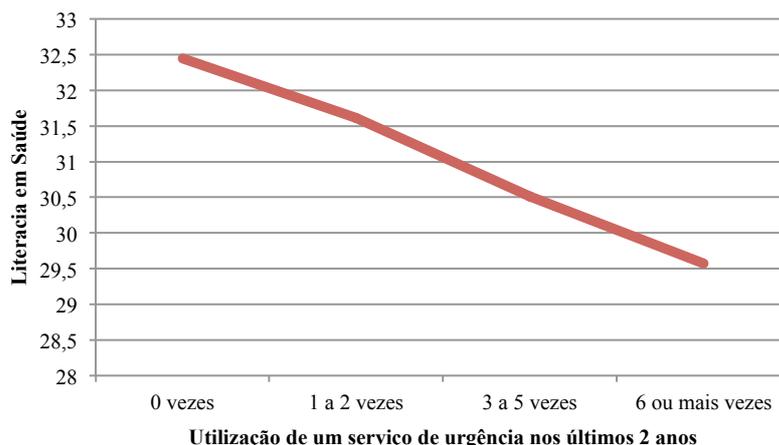
		Literacia em Saúde	Doença longa duração
Literacia em Saúde	Correlação de Pearson	1	,050
	Sig. (2 extremidades)	.	,482
	N	202	202

		Literacia em Saúde	Doença longa duração
Doença longa duração	Correlação de Pearson	,050	1
	Sig. (2 extremidades)	,482	.
	N	202	202

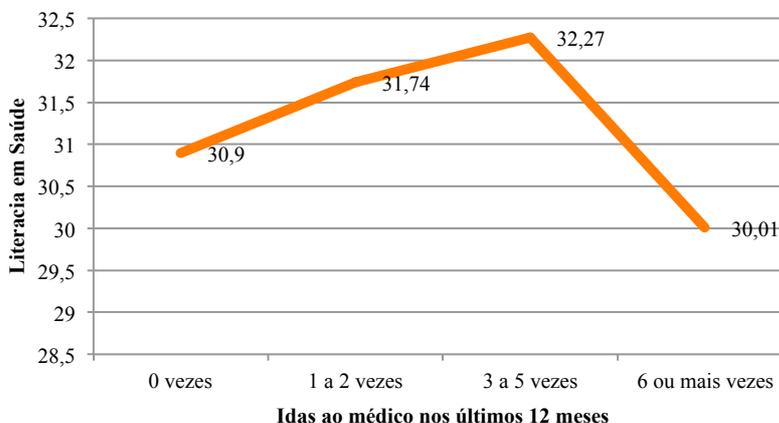
No que diz respeito a esta correlação, os estudos conhecidos apontam para outro tipo de conclusões, por exemplo Gazmararian et al. (2003) revela que os indivíduos com literacia desadequada (utilizando o instrumento de avaliação TOFHLA) apresentam menor conhecimento em relação à doença do que indivíduos que apresentam literacia adequada, bem como Williams et al. (2008) que refere a literacia desadequada como uma enorme barreira no conhecimento da doença crónica e, como tal, existindo dificuldades do doente na sua autonomia perante a patologia. Não foram encontrados estudos que apontem para algum tipo de correlação entre a existência de uma, ou mais, doenças de longa duração e a LS, a abordagem é relativa à capacidade de autogestão do paciente face à sua doença crónica, não possuindo os elementos necessários para essa análise neste estudo.

### **Utilização dos serviços de saúde e LS**

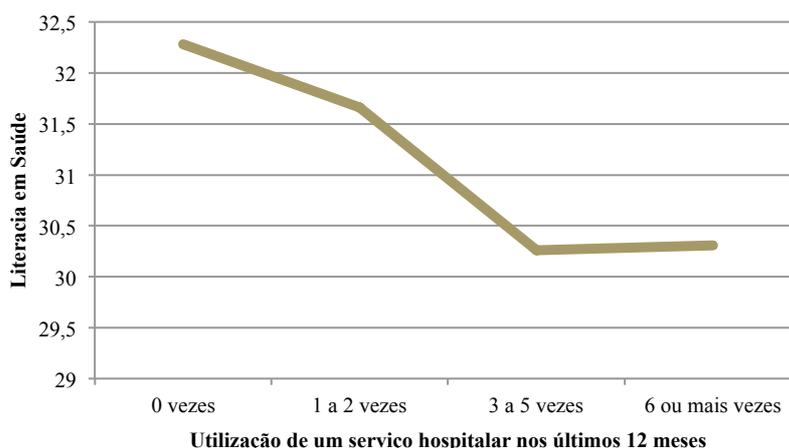
Existem 4 questões relacionadas com o sistema de saúde e a sua utilização. A primeira delas refere-se ao número de vezes em que houve necessidade de recorrer a um serviço de urgência, nos últimos dois anos, neste caso, quanto mais vezes houve necessidade de o fazer, menor a média da LS dos inquiridos. Quem não recorreu nesse espaço de tempo apresenta uma LS média de 32,45; no caso de quem recorreu entre 1 a 2 vezes a LS média desce para os 31,61; a tendência decrescente mantém-se e é de 30,51 para quem recorreu 3 a 5 vezes e, finalmente, 29,57 para quem teve necessidade de o fazer 6 ou mais vezes nos últimos dois anos (Figura XX).

**Figura XX:** Resultados da LS média por utilização de um serviço de urgência

Na segunda questão, os inquiridos respondem à questão sobre idas ao médico nos últimos 12 meses. Neste caso os valores de LS média variam entre os 30,01 para quem foi 6 vezes ou mais ao médico e os 32,27 para quem necessitou de consulta médica entre as 3 e 5 vezes, no último ano (Figura XXI).

**Figura XXI:** Resultados da LS média por idas ao médico

A questão número três refere-se à utilização de um serviço hospitalar nos últimos doze meses. A LS média associada a utilização de um serviço hospitalar acompanha tendência descendente mediante a maior utilização hospitalar, é maior no caso da não utilização ( $M=32,28$ ) e praticamente idêntica no caso da utilização entre 3 a 5 vezes e 6 ou mais vezes ( $M=30$ ) (Figura XXII).

**Figura XXII:** Resultados da LS média por utilização de um serviço hospitalar

A quarta questão tem a ver com a utilização de outros profissionais de saúde, sejam dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, oculistas, nutricionistas, enfermeiros, entre outros. O valor mais elevado da LS média é para quem recorreu a outros profissionais de saúde 6 ou mais vezes, nos últimos 12 meses ( $M= 32,46$ ), o valor mínimo corresponde a quem recorreu entre 3 a 5 vezes ( $M= 30,77$ ) (Figura XXIII).

**Figura XXIII:** Resultados da LS média por utilização de outros profissionais de saúde

Para verificar se existe correlação entre a utilização dos serviços de saúde e a LS, foram tidas em conta as respostas às questões do HLS-EU-PT que se referem à utilização de um serviço de urgência nos últimos dois anos (Urgência), idas ao médicos nos últimos doze meses (Médico), utilização de um serviço hospitalar nos últimos doze meses (Hospital) e o recurso a outros profissionais de saúde (Outros).

Por se tratarem de variáveis ordinais recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Spearman, abaixo se apresentam os resultados (Tabela XX).

**Tabela XX:** Coeficiente de correlação de Spearman (Correlação: utilização dos serviços de saúde e LS)

		LS	Urgência	Médico	Hospital	Outros	
ρ de Spearman	LS	Coefficiente de Correlação	1,000	-,143*	-,050	-,163*	,013
		Sig. (2 extremidades)	.	,043	,478	,020	,858
		N	202	202	202	202	202
	Urgência	Coefficiente de Correlação	-,143*	1,000	,308**	,540**	,179*
		Sig. (2 extremidades)	,043	.	,000	,000	,011
		N	202	202	202	202	202
	Médico	Coefficiente de Correlação	-,050	,308**	1,000	,575**	,323**
		Sig. (2 extremidades)	,478	,000	.	,000	,000
		N	202	202	202	202	202
	Hospital	Coefficiente de Correlação	-,163*	,540**	,575**	1,000	,174*
		Sig. (2 extremidades)	,020	,000	,000	.	,014
		N	202	202	202	202	202
	Outros	Coefficiente de Correlação	,013	,179*	,323**	,174*	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,858	,011	,000	,014	.
		N	202	202	202	202	202
	* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).						
	** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).						

Neste caso, existe uma correlação significativa e inversa (negativa) entre a LS e a utilização dos serviços de urgência (Urgência), com  $\rho = -0,143$  e o  $\text{sig} = 0,043$  ( $< 0,05$ ), ou seja, a LS será tanto menor quanto maior a utilização dos serviços de urgência.

Também na utilização de um serviço hospitalar (Hospital) existe uma correlação negativa e significativa, com  $\rho = -0,163$  e o  $\text{sig} = 0,02$  ( $< 0,05$ ), significando que quanto maior utilização de um serviço hospitalar menor a LS.

Nos restantes casos não se verifica correlação entre a LS e idas ao médico ou entre a LS e o recurso a outros profissionais de saúde, para a amostra estudada.

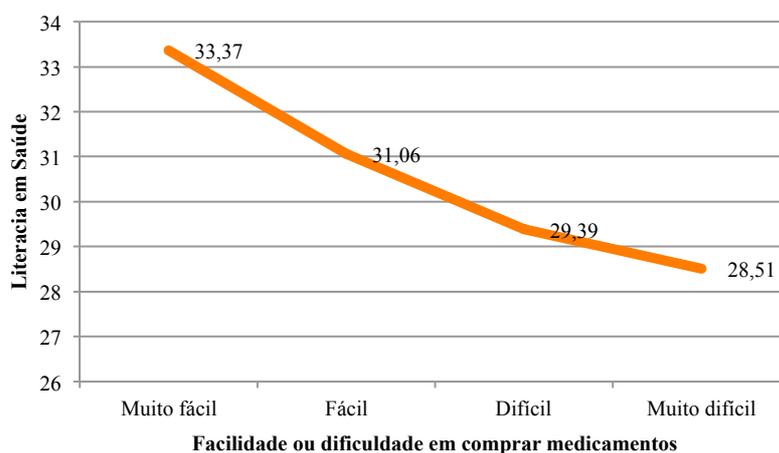
Na bibliografia existente e consultada, grande parte dos estudos corroboram estes resultados. Mitchell et al. (2012) conclui que a baixa LS é um factor de risco significativo para reinternamentos até 30 dias após a alta. No caso de Baker et al. (1998), os indivíduos com LS desadequada (avaliada pelo TOFHILA) têm um risco acrescido de hospitalização e Griffey et al. (2014), também utilizando o TOFHILA, conclui que indivíduos com LS desadequada

recorrem novamente a um serviço de urgência passado 14 dias, mas não encontrou correlação entre quem apresenta a mesma literacia e retorna às urgências após 3 ou 7 dias da primeira utilização. Já Scott et al. (2002) apresenta resultados que permitem associar a menor LS à mais baixa utilização dos cuidados de saúde primários.

### **Facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos e LS**

Em relação à facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos, a LS média apresenta o seu valor mais elevado nos inquiridos que consideram ser “muito fácil” a compra de medicamentos, a fim de cuidar da sua saúde (M= 33,37); o valor mais baixo é para quem considerou ser “muito difícil” a compra da medicação (M= 28,51) (Figura XXIV).

**Figura XXIV:** Resultados da LS média por facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos



Por se tratar de uma variável ordinal, mais uma vez recorremos ao Coeficiente de Correlação de Spearman que revela existir uma correlação significativa e inversa entre a LS e a dificuldade em comprar medicamentos ( $\rho = -0,162$  e o  $\text{sig} = 0,022$ ), ou seja, quanto maior a dificuldade menor a LS para a amostra estudada (Tabela XXI).

**Tabela XXI:** Coeficiente de correlação de Spearman (Correlação: facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos e LS)

		Literacia em Saúde	Medicamentos
ρ de Spearman	Literacia em Saúde	Coeficiente de correlação	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,162*
		N	202
	Medicamentos	Coeficiente de correlação	-,162*
		Sig. (2 extremidades)	,022
		N	202
* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).			

No que diz respeito a esta correlação, os estudos que poderemos referir relativamente a estas variáveis são entre o rendimento e a LS (atrás referidos), neste caso, aferindo entre a dificuldade em pagar os medicamentos e o rendimento através do Teste de Spearman, que demonstra existir uma correlação significativa e inversa entre o rendimento e a dificuldade em comprar medicamentos ( $\rho = -,226$  e o  $\text{sig} = 0,001$ ) (Tabela XXII), ou seja, quanto menor o rendimento mensal do agregado, maior a dificuldade em comprar medicamentos e menor a LS.

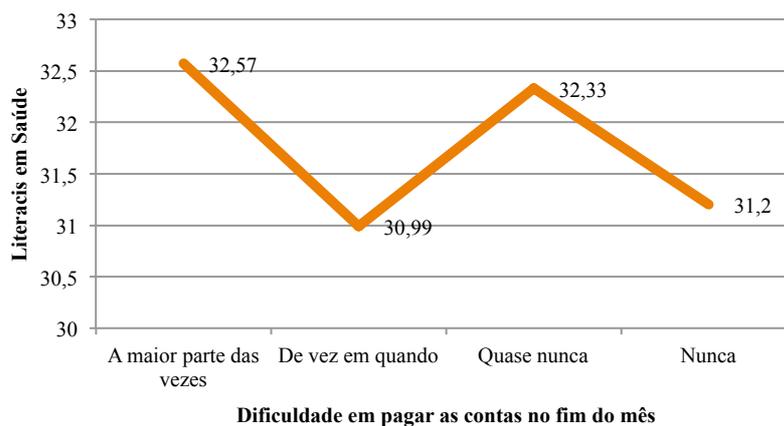
**Tabela XXII:** Coeficiente de correlação de Spearman (Correlação: facilidade ou dificuldade em comprar medicamentos e rendimentos)

		Medicamentos	Rendimento
ρ de Spearman	Medicamentos	Coeficiente de correlação	1,000
		Sig. (2 extremidades)	-,226*
		N	202
	Rendimento	Coeficiente de correlação	-,226*
		Sig. (2 extremidades)	,001
		N	202
* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).			

### Dificuldade em pagar as contas no final do mês e LS

No caso da dificuldade em pagar as contas no final do mês, a LS média dos inquiridos apresenta o seu valor superior para quem respondeu que na maior parte das vezes tem dificuldade em pagar as contas no final do mês ( $M= 32,57$ ) e baixa para os 30,99 no caso de quem afirma ter dificuldade de vez em quando para pagar as contas (Figura XXV).

**Figura XXV:** Resultados da LS média por dificuldade em pagar as contas no final do mês



Perante mais uma variável ordinal voltamos a aplicar o Coeficiente de Correlação de Spearman revelando  $\rho= 0,05$  e o  $\text{sig}=0,941$ , ou seja, não há correlação significativa e como tal não existe relação entre a LS e a facilidade/dificuldade em pagar as contas no final do mês na amostra estudada (Tabela XXIII).

**Tabela XXIII:** Coeficiente de correlação de Spearman (Correlação: dificuldade em pagar as contas no final do mês e LS)

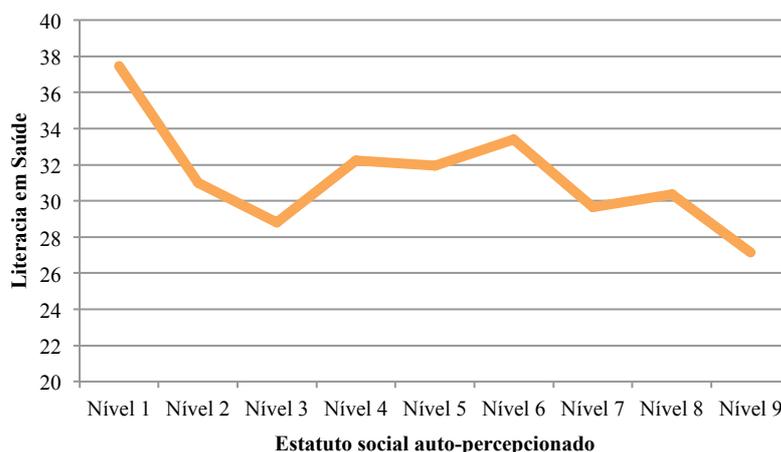
		Literacia em Saúde	Pagar contas
$\rho$ de Spearman	Literacia em Saúde	Coeficiente de correlação	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,005
		N	,941
	Pagar contas	Coeficiente de correlação	202
		Sig. (2 extremidades)	,005
		N	,941
			202

Testando a correlação entre a variável “dificuldade em pagar as contas no final do mês” e a variável “rendimento líquido mensal, verifica-se não existir correlação entre as duas ( $\rho = ,179$  e o  $\text{sig} = ,011$ ) (Anexo VII), como tal, não é possível extrapolar a sua relação entre a LS através do rendimento mensal. Pelos resultados aqui descritos, a maior dificuldade em comprar medicação está associada ao menor rendimento líquido por mês mas a dificuldade em pagar contas não o está.

### Estatuto social auto-percecionado e LS

O estatuto social auto-percecionado é dividido, no HLS-EU-PT, em 10 níveis, sendo que o nível 1 corresponde ao nível mais baixo da sociedade. Mais uma vez os valores não seguem uma tendência uniforme, por exemplo, a média da LS mais elevada está nos respondentes que se posicionam no nível mais baixo da sociedade, nível 1 ( $M = 37,47$ ). De seguida, e por ordem decrescente de LS média, estão os respondentes que colocam no nível 6 ( $M = 33,4$ ), no nível 4 ( $M = 32,24$ ), no nível 5 ( $M = 31,96$ ), no nível 2 ( $M = 31$ ), no nível 8 ( $M = 30,36$ ), no nível 7 ( $M = 29,64$ ), no nível 3 ( $M = 28,82$ ) e no nível 9 ( $M = 27,13$ ). Nenhum inquirido se colocou no nível 10, o mais alto da sociedade (Figura XXVI).

**Figura XXVI:** Resultados da LS média por estatuto social auto-percecionado



Aplicando o Coeficiente de Correlação de Spearman verifica-se que não existe uma correlação significativa entre a LS e o estatuto social auto-percecionado na amostra estudada ( $\rho = 0,05$  e  $\text{sig} = 0,946$ ) (Tabela XXIV).

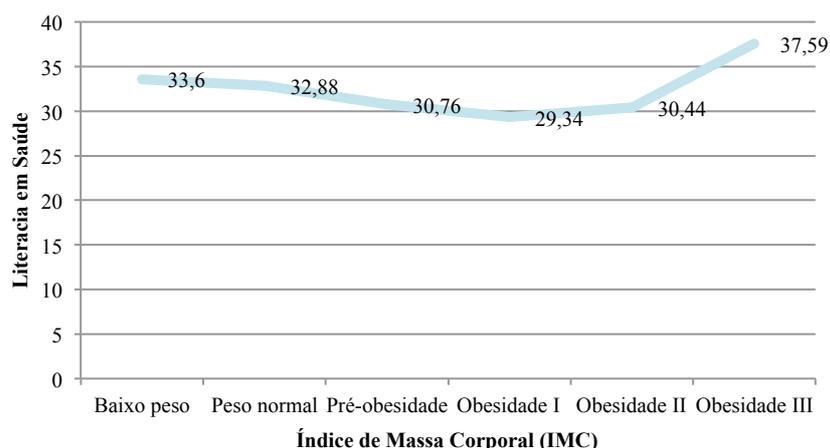
**Tabela XXIV:** Coeficiente de correlação de Spearman (Correlação: estatuto social auto-percecionado e LS)

		Literacia em Saúde	Nível social
ρ de Spearman	Literacia em Saúde	Coeficiente de correlação	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,005
		N	202
	Nível social	Coeficiente de correlação	,946
		Sig. (2 extremidades)	1,000
		N	202

Aqui os resultados são algo contraditórios com Sørensen et al. (2015) e Saboga-Nunes et al. (2014), onde a maior percentagem de inquiridos com LS limitada se situou nos que classificaram o seu estatuto social nos níveis mais inferiores, inclusivamente, no presente estudo são os respondentes que se posicionaram no nível 1 da sociedade (nível mais baixo) que apresentam maior LS e, por oposição, os que se posicionaram no nível 9 (ninguém considerou fazer parte do nível 10, o mais alto da sociedade nesta escala) apresentam o valor mais baixo da LS.

### IMC e LS

No caso do IMC, a maior LS média é para os inquiridos que se situam na “obesidade de grau III” (M= 37,59) e a menor para os que se enquadram nos valores da “obesidade de grau I” (M= 29,34) (Figura XXVII).

**Figura XXVII:** Resultados da LS média por IMC

Para verificar a correlação entre o IMC e LS para a amostra estudada foi utilizado o teste de Correlação de Pearson e os resultados revelam que não existe correlação significativa entre a LS e o IMC ( $\text{sig} > 0,05$ ) na amostra estudada (Tabela XXV).

**Tabela XXV:** Teste de correlação de Pearson (Correlação: IMC e LS)

		Literacia em Saúde	IMC
Literacia em Saúde	Correlação de Pearson	1	,023
	Sig. (2 extremidades)	.	,748
	N	202	202
IMC	Correlação de Pearson	,023	1
	Sig. (2 extremidades)	,748	.
	N	202	202

Apesar dos dados aferidos, alguns estudos referem a correlação positiva entre as duas variáveis. O já citado estudo de Cunha et al. (2014), que através do HLS-EU-PT concluiu que quanto maior o IMC, menor a LS. Também Lam et al. (2014) num outro estudo aplicado a adolescentes entres os 12 e os 16 anos chega a conclusões similares, estando a obesidade associada a valores baixos de LS.

### Hábitos de vida saudáveis/Comportamentos de saúde e LS

Procurou-se aferir se existiria correlação entre a Literacia em Saúde e algumas variáveis indiciadoras de outros comportamentos e hábitos de vida saudáveis (Tabela XXVI).

**Tabela XXVI:** Correlações entre comportamentos e hábitos de vida saudáveis e LS

Variável	Coefficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)
Consumo de tabaco	-,071	,314
Ingerir bebidas alcoólicas	-,050	,479
Praticar exercício físico	-,132	,061

Em nenhum dos casos existe correlação significativa entre a LS o consumo de tabaco, a ingestão de bebidas alcoólicas ou a prática de exercício físico. Os valores da LS média para cada resposta são apresentados nas tabelas abaixo.

**Tabela XXVII:** Resultados da LS média por consumo de tabaco

Questão: Quanto a fumar cigarros, charutos ou cachimbo, qual das condições se aplica a si?	LS média
Fuma atualmente	32,5
Costumava fumar, mas já parou	32
Nunca fumou	31,1

**Tabela XXVIII:** Resultados da LS média por ingestão de bebidas alcoólicas

Questão: Durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica?	LS média
Sim	31,7
Não	31,2

**Tabela XXIX:** Resultados da LS média por prática de atividade física

Questão: Quantas vezes durante o último mês praticou atividade física durante 30 minutos, ou mais, por exemplo, corrida, caminhada, ciclismo?	LS média
Quase todos os dias	31,5
Algumas vezes por semana	33
Algumas vezes este mês	32,3
Nunca	30,8
Não tenho sido capaz	28,9

A correlação entre hábitos de vida saudáveis/comportamentos de saúde foi investigada por Vozikis et al. (2014) chegando a resultados que permitiram concluir uma forte correlação entre a prática de exercício físico e a LS mais elevada e uma correlação negativa pouco significativa entre a LS e os indivíduos que referem fumar e/ou beber.

## 6. Conclusão

O conceito acompanha o diversificado estudo da literacia em saúde e tem sofrido alterações aos longo dos anos. Muitos dos trabalhos na década de 90 focavam-se na sua definição, inicialmente medindo a sua prevalência e, posteriormente, avaliando as suas consequências (Parker et al., 2010). Em 2004, o IOM conclui que os esforços para a melhoria da qualidade, redução de custos e disparidades, não pode ser alcançado sem a melhoria da literacia em saúde da população (IOM, 2004).

Desde então a temática tem ganho importância em diversos países, fazendo parte da agenda política pois não existem dúvidas em relação à sua relevância perante a necessidade de reformas na saúde. A OMS refere a LS como um fator-chave na promoção da saúde e suporte comunicacional que permite a melhoria do acesso à informação e de capacidade; a USAID- agência governamental dos EUA que combate, entre outras coisas, as desigualdades sociais e a pobreza, promovendo o crescimento sustentado- considerou-a como essencial na criação de uma sociedade mais saudável (Parker et al., 2010).

Está diretamente associada a piores resultados em saúde, desigualdades sociais, risco acrescido de mortalidade, maiores taxas de utilização dos serviços de saúde e a custos mais elevados para a economia. A forma como as pessoas interagem com os seus sistemas de saúde tem grande impacto na capacidade de melhoria da sua saúde, mas a forma atual dos mesmos exige aos utentes/pacientes uma multiplicidade de capacidades que vão desde o consentimento informado, a interação com os profissionais de saúde ou à aplicação de informação proveniente das mais diversas fontes, a todas as situações que vão surgindo nas diferentes fases da vida. Para cada tarefa, utentes/pacientes necessitam de ser capazes de ler, escrever, de forma a compreender informação com linguagem por vezes pouco acessível; necessitam de conseguir ouvir e falar; necessitam de ser capazes de aplicar conhecimentos matemáticos (no caso de dosagens de medicação, por exemplo) (Koh et al., 2012). Temos então a literacia em saúde interligada com o *empowerment* e à própria literacia, com o conhecimento individual e com as competências relacionadas com a informação em saúde que criam as condições para uma tomada de decisão consciente, informada por forma a melhorar a qualidade de vida (Sørensen et al., 2012).

Englobado neste interesse mundial, vem a crescente necessidade de avaliação da LS. Diversos instrumentos de avaliação foram criados e ainda hoje são utilizados, na sua maioria de rápida e fácil aplicação e com diversas abordagens, objectivos e formatos diferentes. Uns mais focados no reconhecimento e pronúncia de termos médicos, outros na compreensão e

competências na tomada de decisão, onde os resultados revelam scores e intervalos de classificação diferentes. Apesar da multiplicidade dos mesmos, todos revelam um denominador comum que assenta na sua falta de abrangência a todos os aspectos e dimensões consideradas da literacia em saúde, seja pelo enfoque meramente nos atributos individuais, pouca clareza na associação com as causas e os resultados em saúde ou descurar o contexto social, cultural ou da fase de vida, entre outros. Tendo em conta todas as limitações existentes nos instrumentos de avaliação, foi desenvolvido o HLS-EU-Q pelo HLS-EU Consortium, que procura aglutinar todas as dimensões da Literacia em Saúde realçadas na definição e modelo conceptual criado por Sørensen et al. (2013).

Este estudo foi ao encontro da resposta à pergunta de partida “Qual o grau de literacia em saúde dos pacientes e familiares no Serviço de Cirurgia-Geral do Hospital Curry Cabral?”, pretendendo perceber e conhecer a literacia em saúde de utilizadores (pacientes ou familiares) num serviço do SNS. A aplicação do HLS-EU-PT (versão traduzida e autorizada do HLS-EU-Q) foi realizada a uma amostra de 202 indivíduos, através de entrevista estruturada, com elevados níveis de fidelidade interna nas três dimensões consideradas e com resultados que espelham a tendência presente noutros estudos, como os valores elevados da literacia limitada (60,9% dos inquiridos), aproximando-se dos 62,1% da amostra Búlgara (HLS-EU Consortium, 2012) ou dos 60% de Saboga-Nunes et al. (2014), o que revela uma grande percentagem de pessoas com dificuldade no ajustamento das competências individuais em resposta à complexidade das situações no caso de doença, na procura e compreensão de informações de saúde, na interação social, na manutenção de hábitos saudáveis de vida, na própria mobilidade no sistema de saúde a que esteja afeto (Sørensen et al., 2013).

Os restantes resultados revelam conclusões similares e algumas discrepâncias em relação a outros estudos existentes. Não se verificou correlação entre a literacia em saúde e a idade, entre o género ou até mesmo no que diz respeito às habilitações literárias dos respondentes. Nos indicadores de privação financeira, como sejam, o rendimento líquido por mês, a facilidade em comprar medicamentos ou em pagar as contas no final do mês, foi encontrada correlação somente entre a literacia em saúde e a facilidade/dificuldade em comprar medicamentos onde se conclui que quanto maior for essa dificuldade menor a LS da amostra estudada. Outra correlação encontrada foi a que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, nomeadamente, as urgências e outros serviços hospitalares não especificados. Neste caso, quanto maior a utilização, menor a LS da amostra. Não foi encontrada correlação significativa entre a LS e o IMC dos inquiridos ou em relação ao fumar, beber ou à prática de exercício físico.

A grande prevalência da literacia limitada é um importante desafio nas políticas e práticas europeias no campo da saúde. O HLS-EU-Q torna a comparabilidade possível entre os países que o apliquem na sua população, ajustando formas e graus de atuação mediante os resultados obtidos, como por exemplo na Holanda, que revela os valores mais baixos da literacia limitada entre a sua população (28,7%) por oposição à Bulgária, país com os valores mais elevados. Sørensen et al. (2015) revela a existência de um gradiente social na literacia em saúde ao identificar grupos específicos da população com valores mais baixos da mesma, confirmando ao correlacionar esta com uma seleção de determinantes sociais. Neste estudo foram identificados os grupos mais vulneráveis, apesar de percentagens inferiores a 50% mas, mesmo assim, com valores elevados de literacia limitada (total dos indivíduos com literacia desadequada e problemática), 43,9% de quem considera ser difícil ou muito difícil o acesso ao médico apresenta literacia limitada, seguem-se com 25,2% os grupos que apresentam baixa escolaridade (até ao 2º ciclo do ensino básico) e com rendimentos mensais líquidos do agregado familiar inferiores a 800€.

Ao nível do paciente em internamento hospitalar, contexto em que foi aplicado o HLS-EU-PT neste estudo, o défice na literacia em saúde não permite o correto reconhecimento e relembrar da informação fornecida pelo profissional de saúde, seja referente a medicação ou ao reconhecimento de sintomatologia como a febre (McCarthy et al., 2013) e provoca clivagens na comunicação paciente-profissional de saúde, com sentimentos de confusão em relação à informação fornecida podendo ser causadora de complicações após a alta e consequentes reinternamentos (Kripalani et al., 2010).

Os resultados deste estudo devem ser interpretados tendo em conta as seguintes limitações identificadas: o reduzido tamanho da amostra e o método de amostragem por conveniência, não permitem a generalização dos resultados para a população portuguesa; o HLS-EU-PT é um questionário longo (86 questões no total) devido à sua abrangência nas diversas dimensões da literacia em saúde, onde o tempo da entrevista variou entre os 20 e os 30 minutos. Pelas especificidades das patologias do serviço, alguns dos pacientes referiram algum cansaço e pouca vontade durante a aplicação do mesmo, podendo existir o viés da debilidade física e mental do próprio inquirido ou da resposta rápida (não necessariamente a mais ajustada à sua realidade) para todo o processo ser mais rápido, apesar da total disponibilidade de reflexão, pausas, repetição das perguntas demonstrada pelo entrevistador; tal como descrito por Parikh et al. (1996), um sentimento de vergonha pode estar associado à baixa literacia em saúde, com respostas que podem mascarar o desconhecimento relativo a perguntas do questionário.

Algumas sugestões para investigações futuras: a avaliação da capacidade dos profissionais de saúde em reconhecer a literacia em saúde dos pacientes e adaptar a comunicação e transmissão de informação ao paciente de acordo com a mesma. Mackert et al. (2011) comprova a sua pertinência, inclusivamente, na sua inclusão na formação dos profissionais de saúde, bem como no aperfeiçoamento das suas capacidades de comunicação. Decorrente deste treino dos profissionais de saúde, as organizações de cuidados de saúde desenvolvem-se criando condições para elas mesmo serem literatas em saúde, respondendo às necessidades de quem cuidam e de quem cuida (Lewis et al., 2014). Assim, todo o processo que vai desde os cuidados de saúde primários até à intervenção terciária, conseguiria fomentar o desenvolvimento de capacidades no cidadão que permitiriam ser parte ativa de forma a reduzir barreiras no atingimento da sua saúde ótima, sendo possível uma sociedade menos desigual, com mais equidade e melhor gestora dos seus recursos.

## 7. Bibliografia

- Abel, T. 2008. Measuring health literacy: Moving towards a health-promotion perspective. *International Journal of Public Health*, 53, 169-170. Editorial.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association. 1999. Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281, 552-557.
- Altin, S.V.; Finke, I.; Kautz-Freimuth, S.; Stock, S. 2014. The evolution of health literacy assessment tools: A systematic review. *BMC Public Health*, 14:1207.
- Baker, D.W.; Parker, R.M.; Williams, M.V.; Clark, W.S. 1998. Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13(12), 791-798.
- Baker, D.W.; Gazmararian, J.A.; Sudano, J.; Patterson, M. 2000. The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology*, 55(6), S368-S374.
- Baker, D.W. 2006. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21.8: 878–883. *PMC*. Web. 8 Mar. 2015.
- Baker, D.W.; Wolf, M.S.; Feinglass, J.; Thompson, J.A.; Gazmararian, J.A.; Huang, J. 2007. Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167, 1503-1509.
- Begoray, D.L.; Kwan, B. 2012. A canadian exploratory study to define a measure of health literacy. *Health Promotion International*, 27, 23-32.
- Berkman, N.; Davis, T.; McCormack, L. 2010. Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15, 9-19.
- Berkman, N.D.; Sheridan, S.L.; Donahue, K.E.; Halpern, D.J.; Crotty, K. 2011. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Bostock, S.; Steptoe, A. 2012. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ*; 344:e1602.
- Cavanaugh, K.L. 2011. Health literacy in diabetes care: Explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management*, 1(2), 191-199.
- Center for Health Strategies Inc. 2000. Fact sheet. What is health literacy? *CHCS*, Princeton, NJ.
- Chew, L.D; Griffin, J.M.; Partin, M.R.; Noorbaloochi, S.; Grill, J.P.; Snyder, A; Bradley, K.A.; Nugent, S.M.; Baines, A.D.; Vanryn, M. 2008. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 561-566.
- Chinn, D.; McCarthy, C. 2013. All aspects of health literacy scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counseling*, 90, 247-253.
- Cho, Y.I.; Lee, S.D.; Arozullah, A.M.; Crittenden, K.S. 2008. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social, Science & Medicine*, 66, 1809-1816.
- Cotton, S.M.; Wright, A.; Harris, M.G.; Jorm, A.F.; McGorry, P.D. 2006. Influence on gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790-796.

- Cunha, M.; Gaspar, R.; Fonseca, S.; Almeida, D.; Silva, M.; Nunes, L. 2014. Implications of literacy for health for body mass index. *Aten Primaria*, 46 (espec cong 1), 180-186.
- DeWalt, D.A.; Berkman, N.D.; Sheridan, S.; Lohr, K.N.; Pignone, M.P. 2004. Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of Internal Medicine*, 19(2). 1228-1239.
- Direção-Geral da Saúde. 2015. Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. *Governo de Portugal*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.
- Doyle, G.; Cafferkey, K.; Fullam, J. 2012. *The european health literacy survey: Results from Ireland*. University College Dublin.
- Fagerlin, A.; Zikmund-Fisher, B.J.; Ubel, P.A.; Jankovic, A.; Derry, H.A.; Smith, D.M. 2007. Measuring numeracy without a math test: Development of the subjective numeracy scale. *Medical Decision Making*, 27, 672-680.
- Freedman, D.; Bess, K.; Tucker, H.; Boyd, D.; Tuchman, A.; Wallston, K. 2009. Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451.
- Frisch, AL.; Camerini, L.; Diviani, N.; Schulz, P. 2011. Defining and measuring health literacy: How can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*, 27:117-126.
- Funnell, M.M.; Anderson, R.M.; Arnold, M.S.; Barr, P.A.; Donnelly, M.; Johnson, P.D.; Taylor-Moon, D.; White, N.H. 1991. Empowerment: An idea whose time has come in diabetes education. *The Diabetes Educator*, 17(1), 37-41.
- Gazmararian, J.A.; Williams, M.V.; Peel, J.; Baker, D.W. 2003. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient, Education & Counseling*, 51(3), 267-275.
- Gil, A.C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª edição. Editora Atlas S.A.
- Griffey, R.T.; Kennedy, S.K.; McGowman, L.; Goodman, M.; Kaphingst, A. 2014. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1109-1115.
- HLS-EU Consortium. 2012. *Comparative report of health literacy in eight European Union member states*. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Online publication: <http://www.health-literacy.eu>
- Institute of Medicine. 2004. *Health literacy: A prescription to end confusion*. Committee on Health Literacy. The National Academies Press.
- James, B.D.; Boyle, P.A.; Bennett, J.S.; Bennett, D.A. 2012. The impact of health and financial literacy on decision making in community-based older adults. *Gerontology*, 58(6), 531-539.
- Jordan, J.E.; Osborne, R.H.; Buchbinder, R. 2011. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weakness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 366-379.
- Jordan, J.E.; Buchbinder, R.; Briggs, A.M.; Elsworth, G.R.; Busija, L.; Batterham, R.; Osborne, R.H. 2013. The health literacy management scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Education and Counseling*, 91, 228-235.

- Kalichman, S.C.; Ramachandran, B.; Catz, S. 1999. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *Journal of Internal Medicine*, 14, 267-273.
- Kickbusch, I. 2001. Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16, 289-297.
- Kickbusch, I.; Wait, S.; Maag, D. 2006. *Navigating health: The role of health literacy*. London International Longevity Centre. Alliance for Health and the Future.
- Kickbusch, I.; Pelikan, J.M.; Apfel, F.; Tsouros, A.D. (editores). 2013. Health literacy: The solid facts. *World Health Organization* (WHO). ISBN 978 92 890 00154.
- Kobylarz, F.A.; Pomidor, A.; Heath, J.M. 2006. A mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. *Geriatrics*, 61(7), 20-27.
- Koh, H.K.; Berwick, D.M.; Clancy, C.M.; Baur, C.; Brach, C.; Harris, L.M.; Zerhusen, E.G. 2012. New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly “crisis care”. *Health Affairs*, 31(2), 434-443.
- Kripalani, S.; Jacobson, T.A.; Mugalla, C.I.; Cawthon, R.C.; Niesner, K.J.; Vaccarino, V. 2010. Health literacy and the quality on physician-patient communication during hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 5(5), 269-275.
- Kutner, M.; Greenberg, E.; Jin, E.; Paulsen, C. 2006. The health literacy of america’s adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy. *National Center for Education Statistics*, U.S. Department of Education (NCES 2006-423).
- Lam, L.T.; Yang, L. 2014. Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: An epidemiology study in a 12-16 years old population, Nanning, China, 2012. *Archives of Public Health*, 72:11.
- Lee, S.D.; Tsai, T.; Tsai, Y.; Kuo, K.N. 2010. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health*, 10:614.
- 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.
- Lewis, K.O.; Morgan, J.E.; Wang, L.L.; Calderon, K.; Rammel, J.; Ozer, M. 2014. Health literacy practices of physicians and patient care personnel in a hospital setting. *Journal of Contemporary Medical Education*, 2(4), 204-212.
- Mackert, M.; Ball, J.; Lopez, N. 2011. Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Education and Counseling*, 85, e225-e228.
- Mancuso, J.M. 2009. Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 11, 77-89.
- Marshall, C.; Eberle, M. 2012. *Introduction to health literacy*. University of Massachusetts Medical School (funded by National Library of Medicine).
- Massey, P.; Prelip, M.; Calimlim, B.; Afifi, A.; Quiter, E.; Nessim, S.; Wongvipat-Kalev, N.; Glik, D. 2013. Findings toward a multidimensional measure of adolescent health literacy. *American Journal of Health Behavior*, 37(3), 342-350.

- McCarthy, D.M.; Waite, K.R.; Curtis, L.M.; Engel, K.G.; Baker, D.W.; Wolf, M.S. 2012. What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Med Care*, 50(4), 277-282.
- McCormack, L.; Bann, C.; Squiers, L.; Berkman, N.D.; Squire, C.; Schillinger, D.; Ohene-Frempong, J.; Hibbard, J. 2010. Measuring health literacy: A pilot study of a new skills-based instrument. *Journal of Health Communication*, 15(S2), 51-71.
- McNaughton, C.; Wallston, K.A.; Rothman, R.L.; Marcovitz, D.E.; Storrow, A.B. 2011. Short, subjective measures of numeracy and general health literacy in an adult emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 18, 1148-1155.
- Mitchell, S.E.; Sadikova, E.; Jack, B.W.; Paasche-Orlow, M.K. 2012. Health literacy and 30-day post-discharge hospital utilization. *Journal of Health Communication*, 17(3), 325-338.
- Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-268.
- Nutbeam, D. 2008. The evolving concept of health literacy. *Social, Science & Medicine*, 67, 2072-2078.
- Organização Mundial da Saúde. 1998. *Health promotion glossary*. OMS, Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. 2015. *Classificação do índice de massa corporal (BMI classification)*. Global Database on Body Mass Index. Disponível em: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)
- Ownby, R.L.; Acevedo, A.; Waldrop-Valverde, D.; Jacobs, R.J.; Caballero, J. 2014. Abilities, skills and knowledge in measures of health literacy. *Patient Education and Counseling*, 95, 211-217.
- Paasche-Orlow, M.K.; Parker, R.M.; Gazmararian, J.A.; Nielsen-Bohlman, L.T.; Rudd, R.R. 2005. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 175-184.
- Parikh, N.S.; Parker, R.M.; Nurss, J.R.; Baker, D.W.; Williams, M.V. 1996. Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27(1), 33-39.
- Parker, R. 2000. Health literacy: A challenge for american patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283.
- Parker, R.; Ratzan, S.C. 2010. Health literacy: A second decade of distinction for americans. *Journal of Health Communication*, 15(2), 20-33.
- Peerson, A.; Saunders, M. 2009. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24, 285-296.
- Pelikan, J.M.; Röthlin, F.; Ganahl, K. 2012. Comparative report of health literacy in eight EU member states. *The European Health Literacy Survey HLS-EU*. HLS-EU Consortium. Online Publication: <http://www.health-literacy.eu>.
- Pleasant, A.; McKinney, J. 2011. Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*, 59, 95-106.
- Pleasant, A.; McKinney, J.; Rikard, R.V. 2011. Health literacy measurement: A proposed research agenda. *Journal of Health Communication*, 16, 11-21.
- Protheroe, J.; Wallace, L.; Rowlands, G.; DeVoe, J. 2009. Health literacy: Setting an international collaborative research agenda. *BMC Family Practice*, 10:51.

- Ratzan, S.C.; Parker, R.M.; Selden, C.R., Zorn, M. 2000. *National library of medicine current bibliographies in medicine: Health literacy*. NLM Current Bibliographies in Medicine 2000-1. National Institutes of Health. Department of Health and Human Services.
- Ratzan, S.C. 2001. Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16, 207-214.
- Rawson, K.A.; Gunstad, J.; Hughes, J.; Spitznagel, M.B.; Potter, V.; Waechter, D.; Rosneck, J. 2009. The METER: A brief, self-administered measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 25(1): 67-71.
- Ribeiro, J.; Silva, R.; Caetano, P.; Picoto, J.; Nogueira, P.; Sequeira, S.; Ferreira, G.; Ferreira, A.; Nunes, C. 2015. *Iniciativa para a Informação Centrada no Utente do Sistema de Saúde*. Grupo Técnico para a Informação no Sistema de Saúde. Governo de Portugal, Ministério da Saúde.
- Rootman, I.; Gordon-El-Bihbety, D. 2008. *A vision for a health literate canada: Report of the expert panel on health literacy*. Canadian Public Health Association.
- Rubinelli, S.; Schulz, P.J.; Nakamoto, K. 2009. Health literacy beyond knowledge and behaviour: Letting the patient be a patient. *International Journal of Public Health*, 54, 307-311.
- Saboga-Nunes, L.; Sørensen, K. 2013. The european health literacy survey (HLS-EU) and its portuguese cultural adaptation and validation (HLS-PT). *Aten Primaria*, 45:46.
- Saboga-Nunes, L. 2014. Literacia para a saúde e conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, III Série – Suplemento, p. 95-99.
- Saboga-Nunes, L.; Sørensen, K.; Pelikan, J.M. 2014. *Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)*. VIII Congresso Português de Sociologia – 40 anos de democracia(s): Progressos, contradições e prospetivas. Associação Portuguesa de Sociologia. Universidade de Évora.
- Saboga-Nunes, L.; Sørensen, K.; Pelikan, J.; Cunha, M.; Rodrigues, E.; Paixão, E. 2014. Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese of the european health literacy survey (HLS-EU-PT). *Aten Primaria*, 46(13).
- Schillinger, D.; Grumbach, K.; Piette, J.; Wang, F.; Osmond, D.; Daher, C.; Palacios, J.; Sullivan, G.D.; Bindman, A.B. 2002. Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 288(4), 475-482.
- Schulz, P.J.; Nakamoto, K. 2013. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 90, 4-11.
- Scott, T.L.; Gazmararian, J.A.; Williams, M.V.; Baker, D.W. 2002. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care*, 40(5), 395-404.
- Simonds, S.K. 1974. Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.
- Steckelberg, A.; Hülfenhaus, C.; Kasper, J.; Rost, J.; Mühlhauser, I. 2007. How to measure critical health competences: Development and validation of the critical health competence test (CHC Test). *Advances in Health Sciences Education*. DOI 10.1007/s10459-007-9083-1.

- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80.
- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Pelikan, J.M.; Fullam, J.; Doyle, G.; Slonska, Z.; Kondilis, B.; Stoffels, V.; Osborne, R.H.; Brand, H., on behalf of the HLS-EU Consortium. 2013. Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the european health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13:948.
- Sørensen, K.; Pelikan, J.M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; Fullam, J.; Kondilis, B.; Agraftotis, D.; Uiters, E.; Falcon, M.; Mensing, M.; Tchamov, K.; Van den Broucke, S.; Brand, H. 2015. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 1-6. HLS-EU Consortium.
- Toci, E.; Burazeri, G.; Jerliu, N.; Sørensen, K.; Ramadani, N.; Hysa, B.; Brand, H. 2014. Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promotion International*, doi:10.1093/heapro/dau009.
- Tones, K. 2002. Health literacy: New wine in old bottles. *Health Education Research*, 17: 287-290.
- Tsai, T.I.; Lee, S.Y.; Tsai, Y.W.; Kuo, K.N. 2010. Methodology and validation of health literacy scale development in Taiwan. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 16, 50-61.
- Van Der Heide, I.; Wang, J.; Droomers, M.; Spreeuwenberg, P.; Rademakers, J.; Uiters, E. 2013. The relationship between health, education and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18, 172-184.
- Vozikis, A.; Drivas, K.; Milioris, K. 2014. Health literacy among university students in Greece: Determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*, 72(15).
- Wang, J.; Thombs, B.D.; Schmid, M.R. 2012. The Swiss health literacy survey: Development and psychometric properties of a multidimensional instrument to assess competencies for health. *Health Expectations*, 17(3), 396-417.
- Weiss, B.D.; Mays, M.Z.; Martz, W.; Castro, K.M.; DeWalt, D.A.; Pignone, M.P.; Mockbee, J.; Hale, F.A. 2005. Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- Williams, M.V.; Baker, D.W.; Parker, R.M.; Nurss, J.R. 1998. Relationship of functional health literacy to patients knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158, 166-172.
- Wu, A.D.; Begoray, D.L.; Macdonald, M.; Higgins, J.W.; Frankish, J.; Kwan, B.; Fung, W.; Rootman, I. 2010. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of canadian high school students. *Health Promotion International*, 25(4), 444-452.
- Yost, K.J.; Webster, K.; Baker, D.W.; Choi, S.W.; Bode, R.K.; Hahn, E.A. 2009. Bilingual health literacy assessment using the talking touchscreen/la pantalla parlanchina: Development and pilot testing. *Patient Education and Counseling*, 75, 295-301.

Zarcadoolas, C.; Pleasant, A.; Greer, D. 2005. Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20, 195-203.

## **8. Anexos**

## Anexo I: Parecer da Comissão de Ética Para a Saúde do CHLC



*Admita os requerente os documentos identificados pelos CES do CHLC, no último parágrafo do pg 2.*

*Armando*

*Ana Soares  
2015/04/02*

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

## Parecer

Data: 26.03.2015  
Processo n.º 194/2015

**ANA SOARES**  
Enfermeira Directora

**Assunto:** "Literacia em Saúde"

**Relator:** Enf. Armandina Antunes

**Investigador Principal:** Enf. João Pedro Duarte Marques

**Orientador:** Omissio

**Âmbito:** Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde - ISCTE

**Local:** Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Curry Cabral, CHLC,EPE.

**Fundamentação/Justificação:**

A Literacia em Saúde é um campo de investigação recente, com desenvolvimento mais acentuado na primeira década deste milénio. Os seus objectivos passam por combater as disparidades existentes na saúde. Pessoas com baixo nível de literacia e com doenças crónicas são menos capazes de cuidar de si, fazendo mais uso dos serviços de saúde.

**Objectivos:**

Objectivo: contribuir na avaliação e caracterização da literacia em saúde dos residentes na região de Lisboa.

Hipóteses: a idade do inquirido está relacionada com a literacia em saúde; o género do inquirido está relacionado com a literacia em saúde; existe relação entre literacia em saúde e as habilitações literárias (escolaridade); existe relação entre o nível de rendimentos e a literacia em saúde.

**Tipo de Estudo:** Não experimental.

**População/Amostra:**

Amostra estratificada onde a população são os utentes e familiares que recorrem ao Serviço de Cirurgia do Hospital Curry Cabral. Pretende-se a obtenção de uma amostra não inferior a 150, sendo critério de exclusão a idade inferior a 18 anos e não ser residente em Lisboa.

**A recolha de dados:**

Utilização do questionário europeu de literacia para a saúde, na versão portuguesa autorizada (HLS-EU-PT), como instrumento de medição da literacia em saúde dos residentes na região de Lisboa.

**Consentimento esclarecido:** Formulário de Consentimento informado com identificação do estudo, declaração de compreensão da informação fornecida, ausência de benefícios, garantia de confidencialidade.

**Parecer Responsável da Área/Especialidade/Unidade:** Pareceres favoráveis do Coordenador da Cirurgia do HCC, Dr. Américo Martins, da Enf. Chefe Licínia Vitorino, da Enf. Maria João Silva e conhecimento do Director da Área de Cirurgia, Prof. Eduardo Barroso.

**Decisão:**

Analisados os documentos enviados a esta Comissão de Ética, entende-se que estão cumpridos os quesitos éticos exigíveis para este tipo de estudo e que se encontra de acordo com a Declaração de Helsínquia e posteriores actualizações, pelo que se entende emitir parecer favorável à sua autorização.

Fica este parecer condicionado ao envio de documento com a informação a prestar ao eventual participante onde consta a informação a dar e da qual se faz alusão no formulário de consentimento a assinar pelo participante, assim como a identificação e contacto do investigador (que podem ser incluídas no formulário). Este formulário deve estar previsto em duplicado – um para participante, após assinatura.

O Presidente da Comissão de Ética

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'António Santos Castro', written over a horizontal line.

(António Santos Castro, Dr)

**Anexo II: Consentimento Informado****DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

**Designação do Estudo:** *Literacia em Saúde*

Eu, abaixo assinado(a), fui informado(a) de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a contribuir na avaliação e caracterização da Literacia em Saúde dos residentes na região de Lisboa.

Compreendi que para o efeito será realizado um questionário e que participarei gratuitamente, sendo-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Aceito que me seja feito um questionário que faz parte deste estudo.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

O Investigador Responsável: \_\_\_\_\_

(João Pedro Duarte Marques)

Contato do Investigador: email joao.pedro77@gmail.com

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

**Anexo III: Questionário HLS-EU-PT**



*Versão portuguesa autorizada do  
Questionário europeu de literacia para a saúde  
Health Literacy Survey in Portuguese  
(HLS-EU-PT)*

*Questionário Europeu de literacia para a saúde . Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-  
EU-PT) v131215*

©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen, 2013 ENSP-UNL *Uso e direitos reservados.*

©Saboga Nunes, 2013 ENSP-UNL . versão portuguesa validada para uma amostra de 983 indivíduos.  $\alpha_C = 0.97$  (47) ;  $r = 0.78$   
 $\alpha_C$  0.93 (16) hlhc02 hlhc04 hlhc05 hlhc08 hlhc11 hlhc13 hlhc16 hldp18 hldp21 hldp23 hldp28 hldp31 hlhp33 hlhp37hlhp39 hlhp  
43  
in <http://www.literaciasaude.info>

*citação:  
Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., Pelikan, J., Cunha, M., Rodrigues, E., Paixão, E.  
(2014) Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the  
European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT).  
Aten Primaria, 2014, 46: 13*

## Guião do entrevistador

De modo a poder desenvolver estratégias para melhorar os níveis de saúde e de bem-estar, está a ser desenvolvido este estudo em Portugal focalizando a literacia para a saúde. Agradecemos a sua participação! A sua colaboração na resposta a estas perguntas, ajudará a compreender melhor a importância que os temas assumem na promoção da sua saúde. Assim, esperamos contribuir para um futuro com mais e melhor saúde.

*Obrigado pela sua colaboração.*

The portuguese health literacy survey (HLS-EU-PT) é um projecto desenvolvido numa articulação entre a Escola Nacional de Saúde Pública (UNL) e a Universidade de Maastricht ©SN, 2013 ENSP-UNL  
©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen

As suas respostas são confidenciais.

Registrar hora em que iniciou o inquérito \_\_\_\_:\_\_\_\_ h



Responda por favor sinceramente a cada pergunta **conforme** a opção que na sua opinião é a mais correta.

Marque com uma  o número que expressa a opinião do entrevistado a cada uma das seguintes perguntas. Os números ① e ④ são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do nº ① corresponde ao que a pessoa pensa, seleccione-o com uma . Se o texto que se encontra perto do nº ④ corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma . **Se pensar diferentemente seleccione o número que melhor expresse os sentimentos da pessoa.** Considere uma só resposta a cada pergunta

<p>Numa escala de ① Muito fácil, ② fácil, ③ difícil ④ Muito difícil Quão difícil diria que é:</p>	<p>Muito fácil   Fácil   Difícil   Muito Difícil</p>
<p>Q 1. "... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam? "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>2 "... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam? "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>3 "... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica? "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>4 "... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo) "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>5 "... compreender o que seu médico lhe diz? "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>6 "... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento? "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>7 "... compreender o que fazer numa emergência médica? "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>8 "... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado? "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>9 "... avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso? "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>10 "... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento? "</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>11 "... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?"</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>12 "... avaliar, se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança? " (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)</p>	<p>①   ②   ③   ④ ⑤ Não Sabe/não responde</p>

13 "... usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
14 "... seguir/cumprir instruções sobre medicação? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
15 "... chamar uma ambulância numa emergência? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
16 "...seguir/cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico?"	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
17 "... encontrar informações para lidar com comportamentos que afectam a sua saúde tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
18 "... encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
19 "... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer? " (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
20 "... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
21 "... compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
22 "... compreender porque precisa de vacinas? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
23 "... compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial) "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
24 "... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, em aspectos tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
25 "...avaliar quando precisa de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
26 "... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar? "	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ Não Sabe/não responde
	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④

27 "... avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial) "	⑤ Não Sabe/não responde
28 "... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação) "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
29 "...decidir se deve fazer a vacina contra a gripe? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
30 "... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
31 "... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. Jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação) "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
32 "... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como actividade física, alimentação saudável e nutrição? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
33 "... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc) "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
34 "... encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer) "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
35 "... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc) "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
36 "... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
37 "... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
38 "... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
39 "... compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável? " (por ex. Internet, jornais, revistas) "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
40 "... compreender a informação que visa manter a sua mente saudável? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde

41 "... avaliar até que ponto a zona onde vive, afecta a sua saúde e bem-estar? " (por ex. a sua comunidade, seu bairro)	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
42 "... avaliar o modo como as condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
43 "... avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc) "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
44 "... tomar decisões para melhorar a sua saúde? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
45 "... integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
46 "... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc) "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
47 "... participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade? "	① ② ③ ④ ⑤ Não Sabe/não responde
Qop* a Sente-se confiante na vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis? muito frequentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ muito raramente ou nunca	
b Sente-se confiante na vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida? muito frequentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ muito raramente ou nunca	
c Sente-se confiante na vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse? muito frequentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ muito raramente ou nunca	
Q 2 Como está a sua saúde em geral? (ler e atribuir uma resposta por pergunta) <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Muito má <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde	
3 Tem alguma doença de longa duração ou problema de saúde? (Por longo prazo, consideram-se problemas que duraram, ou espera que venham a durar, 6 meses ou mais.) (ler e atribuir uma resposta por pergunta) <input type="checkbox"/> Sim mais de uma <input type="checkbox"/> Sim uma <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde	
4 Nos últimos 6 meses (pelo menos), os seus problemas de saúde limitaram as atividades que habitualmente desenvolve? (ler e atribuir uma resposta por pergunta) <input type="checkbox"/> Limitaram severamente <input type="checkbox"/> Limitaram, mas não severamente <input type="checkbox"/> Não limitaram <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde	

<p>5 Que tipo de sistema/seguro de saúde tem? (ler e atribuir uma resposta por pergunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço Nacional de Saúde <input type="checkbox"/> Público e privado <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>Q 6 Quantas vezes...?</p> <p>1 "... teve de recorrer a um serviço de urgência nos últimos 2 anos? (por ex.: uso de uma ambulância, centro de saúde ou clínica funcionando fora das horas normais de expediente tipo Serviço de Atendimento Permanente, serviço de urgência de um hospital) "</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes <input type="checkbox"/> 1 - 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 - 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>2 "... foi ao médico nos últimos 12 meses? "</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes <input type="checkbox"/> 1 - 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 - 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>3 "... utilizou um serviço hospitalar nos últimos 12 meses? "</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes <input type="checkbox"/> 1 - 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 - 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>4 "... usou os serviços de outros profissionais de saúde, como dentista, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, ou oculista nos últimos 12 meses? "</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes <input type="checkbox"/> 1 - 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 - 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>Q 7 Quanto a fumar cigarros, charutos ou cachimbo, qual das seguintes condições se aplica a si?</p> <p style="text-align: right;">(ler e atribuir uma resposta por pergunta)</p> <p><input type="checkbox"/> fuma atualmente <input type="checkbox"/> costumava fumar, mas já parou <input type="checkbox"/> nunca fumou <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p> <p>se a resposta foi "fuma atualmente", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta 9</p> <p>8 Usa os seguintes produtos do tabaco todos os dias, ocasionalmente ou nunca?</p> <p>cigarros manufacturados <input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p> <p>cigarros enrolados <input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>Q 9 Durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, cidra ou outras bebidas tradicionais)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde [APENAS UMA RESPOSTA]</p> <p>se a resposta foi "sim", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta 14</p>
<p>10 Quantas vezes nos últimos 12 meses, você tomou cinco ou mais bebidas numa ocasião?</p> <p><input type="checkbox"/> Várias vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> Menos do que uma vez por mês <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>11 Bebeu quaisquer bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, cidra licor e outras bebidas tradicionais) nos últimos 30 dias? [APENAS UMA RESPOSTA]</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde [APENAS UMA RESPOSTA] se a resposta foi "sim", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta 14</p>

<p>12 Nos últimos 30 dias, quantas vezes bebeu qualquer bebida alcoólica? [Uma bebida = 1 copo de vinho (15 cl) ou 1 lata / garrafa de cerveja ou cidra (33cl) ou espirituosa 4cl]</p> <p><input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> 4 - 5 vezes por semana <input type="checkbox"/> 2 - 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - 3 vezes por mês <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Não me lembro/não responde</p>
<p>13 Num dia em que bebe bebidas alcoólicas, quanto costuma beber?</p> <p><input type="checkbox"/> menos de 1 bebida <input type="checkbox"/> 1-2 bebidas <input type="checkbox"/> 3-4 bebidas <input type="checkbox"/> 5-6 bebidas <input type="checkbox"/> 7-9 bebidas</p> <p><input type="checkbox"/> 10 ou mais bebidas <input type="checkbox"/> depende da altura (é espontâneo) <input type="checkbox"/> Não me lembro/não responde</p>
<p>Q 14 Quantas vezes durante o último mês praticou actividade física durante 30 minutos ou mais, por exemplo, corrida, caminhada, ciclismo?</p> <p><input type="checkbox"/> Quase todos os dias <input type="checkbox"/> Algumas vezes por semana <input type="checkbox"/> Algumas vezes este mês <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não tenho sido capaz</p>
<p>15 Tem alguém da família ou um amigo para o acompanhar a uma consulta médica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>16 Está envolvido ativamente na sua comunidade, por exemplo, fazendo voluntariado ou participando em actividades locais?</p> <p><input type="checkbox"/> quase todos os dias <input type="checkbox"/> Algumas vezes por semana <input type="checkbox"/> Algumas vezes por mês <input type="checkbox"/> Algumas vezes por ano</p> <p><input type="checkbox"/> De modo nenhum <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>D 1 Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>2 Qual a sua idade? _____ anos</p> <p>3 Qual é a sua altura? (Aproximadamente em cm) _____ cms</p> <p>4 Quanto pesa? (Aproximadamente em Kg) _____ Kg</p>
<p>5 Qual destas afirmações corresponde à sua situação?</p> <p><input type="checkbox"/> Os seus pais (mãe e pai) nasceram em Portugal</p> <p><input type="checkbox"/> Um dos seus pais nasceu em Portugal e o outro nasceu noutro Estado-Membro da União Europeia</p> <p><input type="checkbox"/> Sua mãe e seu pai nasceram em outro Estado-membro da União Europeia</p> <p><input type="checkbox"/> Um dos seus pais nasceu em Portugal e o outro nasceu fora da União Europeia</p> <p><input type="checkbox"/> Sua mãe e seu pai nasceram fora da União Europeia</p> <p><input type="checkbox"/> Um dos pais nasceu em outro Estado-membro da União Europeia e o outro nasceu fora da União Europeia</p> <p><input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>
<p>6 Qual é o seu estado civil?</p> <p><input type="checkbox"/> Solteira/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Separada/o / divorciada/o <input type="checkbox"/> Viúva/o <input type="checkbox"/> não responde</p>
<p>7 Qual é a sua situação de vida atual?</p> <p><input type="checkbox"/> solteiro / vive só <input type="checkbox"/> Vive junto / vida conjugal partilhada</p> <p><input type="checkbox"/> Em um relacionamento sério, mas não vive juntamente com alguém <input type="checkbox"/> não responde</p>

<p>8 Tem filhos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim com menos de 15 anos <input type="checkbox"/> Sim com mais de 15 anos <input type="checkbox"/> Não tenho filhos <input type="checkbox"/> não responde</p>	
<p>9 O que é o nível de educação que concluiu com êxito (geralmente através da obtenção de um certificado ou diploma)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nível 0 (pré-escolar)</p> <p><input type="checkbox"/> Nível 1 (Escola primária e/ou Ciclo Preparatório; 1º Ciclo ou 2º Ciclo do Ensino Básico)</p> <p><input type="checkbox"/> Nível 2 (5º ano do liceu; 3º Ciclo do Ensino Básico)</p> <p><input type="checkbox"/> Nível 3 (Ensino Secundário)</p> <p><input type="checkbox"/> Nível 4 (Bacharelato ou Licenciatura de Bolonha)</p> <p><input type="checkbox"/> Nível 5 (Licenciatura antiga)</p> <p><input type="checkbox"/> Nível 6 (Pós-graduação: Curso de Especialização, Mestrado ou Doutoramento)</p> <p><input type="checkbox"/> não responde</p>	
<p>10 Como descreve a sua condição principal actual perante o trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> Tem um emprego ou profissão, incluindo trabalho não remunerado para uma empresa familiar ou sociedade gestora de participações sociais (SGPS), incluindo um estágio de aprendizagem paga, etc</p> <p><input type="checkbox"/> De tempo integral</p> <p><input type="checkbox"/> De part time /tempo parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Desempregado</p> <p><input type="checkbox"/> Estudante, experiência de trabalho não remunerado</p> <p><input type="checkbox"/> Na reforma, reforma antecipada ou desistiu de negócios</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidade permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Militares ou serviço comunitário</p> <p><input type="checkbox"/> Dona de casa (tempo integral) pai ou cuidador</p> <p><input type="checkbox"/> Inativo</p> <p><input type="checkbox"/> outros</p> <p><input type="checkbox"/> não responde</p>	
<p>11 Tem formação ou já trabalhou em alguma profissão de saúde, por exemplo em enfermagem, medicina, farmácia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>	
<p>12 Consegue comprar com facilidade os seus medicamentos a fim de cuidar de si e da sua saúde?</p>	<p>① Muito fácil, ② fácil, ③ difícil ④ Muito difícil</p> <p>⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>13 Tem facilidade em aceder ao seu médico assistente? (Atendendo ao tempo de que dispõe, condições do tipo de seguro ou subsistema, custo de deslocações e transportes)</p>	<p>① Muito fácil, ② fácil, ③ difícil ④ Muito difícil</p> <p>⑤ Não Sabe/não responde</p>

<p>14 Durante os últimos doze meses, diria que teve dificuldades em pagar as suas contas no final do mês?</p>	<p>① A maior parte das vezes          ② De vez em quando          ③ Quase nunca          ④ Nunca          ⑤ Não Sabe/não responde</p>
<p>15 Na escala seguinte, o nível ① "corresponde ao nível mais baixo na sociedade "; nível ⑩ 'corresponde a "mais alto nível na sociedade". Poderia dizer em que nível se colocaria a si mesmo?</p> <p>nível mais baixo na sociedade    ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩    nível mais alto na sociedade          Não Sabe/não responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>16 Qual é o rendimento líquido do seu agregado familiar por mês?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 500 €   <input type="checkbox"/> entre € 500 e € 800   <input type="checkbox"/> entre € 800 e € 1.350   <input type="checkbox"/> entre € 1.350 e € 1.850  <input type="checkbox"/> entre € 1850 e 2.400 €   <input type="checkbox"/> entre € 2.400 e € 2.950   <input type="checkbox"/> entre € 2950 e 3.600 €   <input type="checkbox"/> entre € 3600 e 4.400 €  <input type="checkbox"/> entre € 4400 e 5.250 €   <input type="checkbox"/> entre € 5250 e 6.450 €   <input type="checkbox"/> 6450 € ou mais   <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde</p>	
<p style="text-align: center;"><b><i>Obrigado pela sua participação!</i></b></p> <p>P1 Data em que realizou o inquérito (dia, mês, ano) ____/____/____</p> <p>P2 Registrar hora em que iniciou o inquérito ____:____h</p> <p>P3 Hora em que terminou o inquérito ____:____h</p> <p>P6 Local: _____</p> <p>P7 Região: _____</p> <p>P8 Código Postal: _____</p>	

**Anexo IV: Níveis de fidelidade nas três dimensões da escala****Reliability Statistics**

Cuidados de saúde	
Cronbach's Alpha	N of Items
,857	16

**Reliability Statistics**

Prevenção da doença	
Cronbach's Alpha	N of Items
,869	15

**Reliability Statistics**

Promoção da saúde	
Cronbach's Alpha	N of Items
,881	16

**Anexo V: Correlação Idade e LS**

ANOVA (idade e LS)					
Literacia em Saúde	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	103,922	6	17,320	,424	,862
Within Groups	7963,709	195	40,840		
Total	8067,631	201			

**Anexo VI: Correlação Habilitações Literárias e LS**

ANOVA (escolaridade e LS)					
Literacia em Saúde	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	426,753	7	60,965	1,548	,153
Within Groups	7640,878	194	39,386		
Total	8067,631	201			

**Anexo VII: Correlação Dificuldade em pagar as contas e Rendimento Mensal do agregado**

		Pagar contas	Rendimento
ρ de Spearman	Pagar contas	Coefficiente de correlação	1,000
			,179
		Sig. (2 extremidades)	.
			,011
		N	202
			202
	Rendimento	Coefficiente de correlação	,179
			1,000
		Sig. (2 extremidades)	,011
			.
		N	202
			202