

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Literacia em Saúde numa Comunidade
da Região Centro

Catarina Simões Martins

dezembro | 2017



Escola Superior
de Saúde



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Literacia em Saúde numa Comunidade da Região Centro

Trabalho elaborado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária no âmbito
da Unidade Curricular Relatório

Autor

Catarina Simões Martins

Orientador

Professora Doutora Agostinha Esteves Melo Corte

Coorientador

Professora Doutora Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques

Guarda

2017

LISTA DE ABREVIATURAS

% – Percentagem

€ – Euros

< – Menor

= – Igual

> – Maior

≥ – Maior ou igual

± – Mais ou menos

cit. – Citado

coord. – Coordenação

ed – Edição

et al. – E outros

Exmo. – Excelentíssimo

Md – Mediana

n – Número

org. – Organização

p – Significância estatística

r_s – Coeficiente de correlação de *Spearman*

s – Desvio padrão

s.ed. – Sem editora

s.l – Sem local

s.p – Sem página

Sr. – Senhor

Trad. – Tradução

\bar{x} . – Média

\bar{x}_{ord} – Média ordinal

x_{máx} – Valor máximo

x_{mín} – Valor mínimo

z – Teste U de *Mann-Whitney*

χ^2 – Teste de *Kruskal-Wallis*

LISTA DE SIGLAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

ENSPUNL – Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

HLS - EU – *Health Literacy Survey Europe*

HLS-EU-PT – *Health Literacy Survey Europe in Portuguese*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM – *Institute of Medicine*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura

UNRIC – Centro Regional de Informação das Nações Unidas

WHO – *World Health Organization*

AGRADECIMENTO

Seria impensável chegar a este momento e não expressar o meu sincero agradecimento às pessoas especiais e maravilhosas que me disponibilizaram um apoio incondicional e acompanharam nesta árdua caminhada.

Agradeço...

A Deus pela dádiva da vida

Aos meus queridos pais pelo amor, pela presença em todas as circunstâncias, pelas palavras e gestos de ternura, conforto, proteção e compreensão

Ao meu marido, querido Paulino, pelo amor, carinho, dedicação, energia infindável e por abdicar de tanto para me permitir concretizar esta realização profissional que tanto almejei

À professora orientadora e coorientadora pelos conhecimentos transmitidos

A todos os que participaram e colaboraram neste estudo

... sem eles não teria alcançado este desafio.

PENSAMENTO

“A literacia dá aos homens e às mulheres ferramentas para melhor compreender o mundo e moldá-lo de acordo com as suas aspirações. É uma fonte de dignidade humana e um motor para o desenvolvimento saudável da sociedade...um mundo com literacia é um mundo mais pacífico, mais harmonioso e mais saudável” (Ki-moon, 2012).

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da literacia para a saúde	51
Figura 2 – Matriz dos subíndices de Literacia em Saúde baseadas no modelo concetual do HLS-EU, utilizadas na construção do questionário	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Página

Gráfico 1 – Percentagem dos níveis de Literacia em Saúde geral dos oito estados membros, por país e total	31
Gráfico 2 – Percentagem dos níveis de Literacia em Saúde geral, dos nove estados membros, por país e total	33

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Consistência interna do questionário de Literacia em Saúde	52
Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra (n = 343)	58
Quadro 2.1 – Caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra-continuação (n = 343).....	59
Quadro 3 – Caracterização da Literacia em Saúde dos elementos da amostra (n = 343)	61
Quadro 4 – Correlação entre a Literacia em Saúde e a idade.....	61
Quadro 5 – Comparação da Literacia em Saúde em função do sexo.....	62
Quadro 6 – Comparação da Literacia em Saúde em função do estado civil	63
Quadro 7 – Comparação da Literacia em Saúde em função da residência	63
Quadro 8 – Comparação da Literacia em Saúde em função do nível académico.....	64
Quadro 9 – Comparação da Literacia em Saúde em função da condição perante o trabalho.....	65
Quadro 10 – Comparação da Literacia em Saúde em função do rendimento mensal líquido do agregado familiar	66
Quadro 11 – Comparação da Literacia em Saúde em função da classificação do estado de saúde.....	67

RESUMO

O conceito de Literacia em Saúde tem sido mencionado em diversos estudos, podendo desempenhar um papel determinante na manutenção e melhoria das condições de saúde. Os serviços de saúde consideram-no extremamente importante, sobretudo, na área de cuidados de saúde primários e saúde pública. Um inadequado nível de Literacia em Saúde pode ter implicações significativas na saúde individual/coletiva, podendo estar perante um contexto de desigualdades em saúde, com implicações na gestão de recursos e ganhos em saúde. O Governo Português em 2016 estabeleceu como prioridade promover a saúde, criando o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados.

Este estudo tem como objetivos: conhecer o nível de Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro, identificar as áreas prioritárias de intervenção de acordo com a Literacia em Saúde e identificar fatores que influenciam o nível de Literacia em Saúde.

Desenvolveu-se um estudo descritivo, correlacional, transversal e quantitativo. Definida como população alvo os utentes de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro, a amostra foi constituída por 343 utentes com uma média de idade de 48.7 anos, sendo 61.2% do sexo feminino e 38.8% do sexo masculino. Para avaliar o nível de Literacia em Saúde utilizou-se o Questionário Europeu de Literacia para a Saúde *Health Literacy Survey in Portuguese* (HLS-EU-PT), validado por Saboga-Nunes e Sørensen em 2013.

Para o tratamento estatístico utilizou-se o programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 23 de 2016. As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética, média ordinal e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficientes (*alpha* de Cronbach e de Spearman) e testes estatísticos (*U* de Mann-Whitney, teste *Kruskal-Wallis*, significância do coeficiente de correlação de Spearman e *Kolmogorov-Smirnov*, como teste de normalidade).

Observou-se que 73.2% da população apresenta um nível de Literacia em Saúde geral problemático ou inadequado e apenas 7.3% apresenta um nível excelente. Os fatores identificados que influenciam o nível de Literacia em Saúde foram: idade, estado civil, condição perante o trabalho, residência, nível académico, rendimento do agregado familiar e como classifica a sua saúde.

A comunidade da região centro possui níveis de Literacia em Saúde muito limitados, o que aponta para a necessidade dos profissionais de saúde, entidades de saúde, governo e sociedade em geral, investirem na educação da comunidade aos vários domínios, capacitando o indivíduo e a comunidade para a gestão da sua saúde. Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, como elemento ativo na comunidade, desempenha um papel primordial na capacitação do indivíduo e da comunidade para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde. Com estes resultados, sugeriu-se intervenções nas diferentes dimensões da Literacia em Saúde, dando principal ênfase na área prevenção da doença, o que pode ter implicações favoráveis na gestão de recursos e ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Literacia em Saúde; Enfermagem Comunitária; Comunidade.

ABSTRACT

The concept of Health Literacy has been mentioned in several studies and may play a determining role in maintaining and improving health conditions. The health services consider it extremely important, especially in the area of primary health care and public health. An inadequate level of Health Literacy can have significant implications for individual / collective health, and may be faced with a context of health inequalities, with implications for resource management and health gains. The Portuguese Government established, in 2016, as a priority to promote health, creating the National Program for Health, Literacy and Self-Care.

The objective of this study is: to know the level of Health Literacy of a community in the central region, to identify the priority areas for intervention according to Health Literacy and to identify factors that influence the level of Health Literacy.

A descriptive, correlational, cross-sectional and quantitative study was developed. The target population was defined as the population of a Local Health Unit (LHU) in the central region. The sample consisted of 343 individuals with a mean age of 48.7 years, 61.2% female and 38.8% male. In order to assess the level of Health Literacy it was used The European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-PT), validated by Saboga-Nunes and Sørensen in 2013.

The Statistical Package for Social Science (SPSS) was used for the statistical treatment in the 23rd of 2016 version. The statistical techniques applied were frequencies (absolute and relative), measures of central tendency (arithmetic mean, ordinal average and median), dispersion or variability measures (minimum value, maximum value and standard deviation), coefficients (Cronbach and Spearman alpha) and statistical tests (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis test, significance of correlation coefficient of Spearman and Kolmogorov-Smirnov, as normality test).

It was observed that 73.2% of the population presents a general level of problematic or inadequate Health Literacy and only 7.3% presents an excellent level. The identified factors that influence the level of Health Literacy were: age, marital status, work status, residence, academic level, household income and how it classifies their health.

The community in the central region has very limited levels of Health Literacy, which points to the need of health professionals, health entities, government and society in general, to invest in community education in the various domains, empowering the individual and the community for the management of their health. In this context, nurse specialist in community nursing and public health, as an active element in the community, plays a key role in empowering the individual and the community to make decisions about their health process.

With these results, interventions in the different dimensions of Health Literacy were suggested, giving a major emphasis in the area of disease prevention, which may have favourable implications in the management of resources and health gains.

Key words: Health Literacy; Community Nursing; Community.

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ESTADO DE ARTE	16
1 – LITERACIA EM SAÚDE	17
1.1 – CONCETUALIZAÇÃO	17
1.2 – SISTEMA E POLÍTICAS DE SAÚDE.....	22
1.3 – ESTUDOS EM LITERACIA EM SAÚDE	29
1.3.1 – Estudos em Portugal	31
1.4 – CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE	37
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	42
1 – METODOLOGIA	43
1.1 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	43
1.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO	44
1.3 – TIPO DE ESTUDO	44
1.4 – POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	45
1.5 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	46
1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	49
1.7 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS	55
1.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO	56
2 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS	57
3 – DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS	68
CONCLUSÕES	74
BIBLIOGRAFIA	78
APÊNDICES	87
APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados.....	88
APÊNDICE II – Consentimento informado e esclarecido	96

	Página
APÊNDICE III – <i>Email</i> : Pedido de esclarecimento sobre a interpretação dos dados obtidos com a aplicação do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde <i>Health Literacy Survey in Portuguese</i> (HLS-EU-PT), ao autor responsável pela sua validação.....	98
APÊNDICE IV – Pedido de autorização ao autor HLS-EU-PT, traduzido e validado para Portugal.....	100
APÊNDICE V – Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração de uma ULS da região centro, para efetuar a recolha de dados	102
 ANEXOS	 104
ANEXO I – Questionário Europeu de Literacia para a Saúde <i>Health Literacy Survey in Portuguese</i> (HLS-EU-PT).....	105
ANEXO II – <i>Email</i> : Cálculo dos <i>scores</i> para a definição dos quatro níveis de Literacia em Saúde e interpretação dos dados obtidos com a aplicação do HLS-EU-PT, pelo autor responsável pela validação	115
ANEXOS III – <i>Email</i> : Justificação do item 5 da escala “não sabe/não responde” do HLS-EU-PT.....	118
ANEXO IV – Autorização concedida pelo autor para o uso do HLS-EU-PT, traduzido e validado para Portugal	122
ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética de uma ULS da região centro e autorização do Exmo. Conselho de Administração para prosseguir com o estudo e a respetiva colheita de dados.....	129

INTRODUÇÃO

A investigação científica é um método que por excelência permite adquirir novos conhecimentos. Consiste num processo sistemático de recolha de dados observáveis e verificáveis, no intuito de descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos para alcançar respostas a determinadas questões, com a finalidade de aquisição de novos conhecimentos de forma sistemática e rigorosa (Fortin, 2009).

A enfermagem, como ciência do conhecimento, perante as progressivas exigências com que é confrontada pela sociedade, sente a necessidade de reconhecer a investigação como um eixo prioritário, procurando construir um processo sistemático, científico e rigoroso na construção de um corpo de conhecimentos, que permita ao enfermeiro responder ou resolver problemas com que se depara no seu quotidiano, em benefício do indivíduo, família e comunidade. Neste contexto, a investigação em enfermagem deve ser utilizada para valorizar a “arte de cuidar” baseada na evidência do desígnio de promover a saúde, prevenir a doença, reabilitar, integrar e prestar cuidados ao indivíduo, melhorando a qualidade de cuidados de saúde ao longo do ciclo vital, traduzindo-se em ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2006; Polit, Beck e Hungler, 2004).

O conceito de Literacia em Saúde surge em 1974, dando destaque principalmente a questões sobre a promoção da saúde. Embora seja uma temática, por vezes, ainda desconhecida ou confundida por alguns, tem vindo a ganhar relevo nas políticas de saúde, pelo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998 na *7th Global Conference on Health Promotion*, define-a como:

The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Health Literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people's access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment (WHO, 2009: s.p).

Mais recentemente, Weiss, Mays, Martz *et al.* (2005) consideram a Literacia em Saúde na sociedade como uma epidemia silenciosa, dado que muitos indivíduos apresentam dificuldade em compreender e agir de acordo com a informação de saúde que recebem.

Com a evolução do conceito deixou-se de dar ênfase apenas às questões sobre a promoção da saúde, através do conhecimento e da informação em saúde, realçando a importância que a motivação e as competências dos indivíduos, para aceder, perceber, avaliar e aplicar essa informação, possuem na construção do conceito. Nesta circunstância, o indivíduo adquire capacidade para tomar decisões sobre o seu processo de saúde (recurso aos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), de forma a manter ou melhorar a qualidade

de vida. Esta evolução pretende, na prática, dotar o indivíduo de competências que permitam a tomada de decisões em saúde fundamentadas no seu quotidiano, tornando-o mais autónomo e responsável em relação à sua saúde, dos que dele dependem e à comunidade (OMS org., 2013; Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Intellicare, 2017).

A Literacia em Saúde tem sido objeto de diversos estudos de investigação, demonstrando o papel que desempenha na melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida do indivíduo e comunidade. Os níveis de Literacia em Saúde na sociedade têm impacto nos custos da saúde: aos níveis mais elevados está associada uma utilização mais adequada dos serviços de saúde, o que tem implicações na gestão de recursos e ganhos em saúde. Diversos estudos têm demonstrado que o indivíduo com baixa Literacia em Saúde possui uma menor probabilidade de compreender a informação oral/escrita dos profissionais de saúde, de obter dos sistemas de saúde os serviços adequados às suas necessidades, de realizar e acompanhar os procedimentos prescritos (Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Intellicare, 2017; Entidade Reguladora da Saúde, 2017).

A Literacia em Saúde é um instrumento fundamental para melhorar o nível de saúde da população através da capacidade de identificar, compreender e interpretar diversos contextos, que permitam ao indivíduo prevenir a doença, promover a saúde e conseqüentemente aumentar os ganhos em saúde (DGS, 2016).

Os baixos níveis de Literacia em Saúde, observados em Portugal, levou o Governo Português em 2016, no seu programa para a saúde, a estabelecer como prioridade a promoção da saúde através de uma nova ambição para a saúde pública, particularmente através da criação do Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados. A iliteracia em saúde tem sido considerada um dos fatores de risco para diversas patologias como a diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares ou cancro, pela baixa utilização dos serviços de prevenção e de rastreio. A promoção da Literacia em Saúde é considerada atualmente como uma prioridade do governo e dos responsáveis pelo Sistema Nacional de Saúde. Tendo como objetivo reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde, pretende-se que o indivíduo seja capaz de ser gestor ativo na sua condição de saúde, dos seus familiares e da comunidade onde se insere, mantendo-se informado e com a possibilidade de interagir com os profissionais de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2017; DGS, 2017).

Uma inadequada Literacia em Saúde é representativa de múltiplas implicações no que se refere à procura, receção e continuidade dos cuidados de saúde. Esta situação suscitou o interesse em conhecer a Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro.

Estes pressupostos vão ao encontro do enunciado descritivo e de um conjunto estruturado de competências e padrões de qualidade, preconizados pela OE (2010; 2015a) para o

enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. O enfermeiro deve assumir um papel crucial na sociedade, direcionando a sua atenção para esta temática, no sentido de conhecer os níveis de Literacia em Saúde para, posteriormente, adequar as intervenções de enfermagem na comunidade.

A questão de investigação para este estudo foi: “Qual o nível de Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro?”.

Os objetivos deste estudo são:

- ❖ Conhecer o nível de Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro;
- ❖ Identificar as áreas prioritárias de intervenção de acordo com a Literacia em Saúde;
- ❖ Identificar fatores que influenciam o nível de Literacia em Saúde.

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, transversal e quantitativo. O método de colheita de dados consistiu num questionário por autopreenchimento em formato de papel, que integrou o Questionário Europeu de Literacia para a Saúde *Health Literacy Survey in Portuguese* (HLS-EU-PT), validado por Saboga-Nunes e Sørensen em 2013, para avaliar o nível de Literacia em Saúde. Foi aplicado a uma amostra de utentes que recorreram a uma ULS da região centro (Cuidados de Saúde Hospitalares/Cuidados de Saúde Primários), no período de 15 de maio a 15 de julho de 2017.

No sentido de facilitar a compreensão e proporcionar uma melhor organização dos conteúdos, este trabalho foi dividido em duas partes. A primeira centrou-se no estado de arte, onde se apresentaram conceitos e dados de investigação atuais acerca da temática, incidindo sobre a concetualização do conceito de Literacia em Saúde, sistema e políticas de saúde, estudos em Literacia em Saúde a nível mundial, dando ênfase aos dados referentes a Portugal e os contributos do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção da Literacia em Saúde. A segunda parte incluiu o trabalho empírico que abordou a metodologia de investigação implementada no decorrer do estudo, bem como a análise, apresentação e a respetiva discussão dos dados e resultados. O estudo termina com as conclusões (tendo em consideração os objetivos do estudo), bibliografia consultada, apêndices e anexos (onde se apresentam todos os documentos pertinentes para a elaboração deste estudo de investigação).

Enquanto indivíduo em formação, erigir um documento personalizado, organizado e enriquecedor, esteve sempre presente no decorrer deste estudo. Este percurso de aprendizagem contribuiu para o autoconhecimento, com plena consciência da determinação de ambicionar desenvolver com qualidade o engrandecimento pessoal e profissional, com reflexos produtivos nos cuidados de saúde no indivíduo e na comunidade.

PARTE I – ESTADO DE ARTE

1 – LITERACIA EM SAÚDE

O interesse na Literacia em Saúde, como conceito, tem nas últimas décadas crescido e assumido um papel fundamental na sociedade, conferindo ao indivíduo um papel mais ativo em matéria de saúde e cuidados de saúde (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

O conceito literacia, embora possa parecer recente, tem crescentemente despontado interesse na área da saúde. A primeira abordagem surge na década de 70 como forma de dar ênfase à necessidade da educação para a saúde em contexto escolar (Loureiro, Mendes, Barroso, Santos e Ferreira, 2012; Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Madeira, 2016).

1.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO

O conceito de literacia é bastante recente, pelo que não consta em dicionários portugueses de edições mais antigas. Porém, nas últimas décadas tem-se instalado e facilmente acomodado como vocábulo à prática da língua portuguesa, sendo aplicado nas diferentes áreas do saber. A sua aplicação ao campo da saúde assumiu extrema importância, sendo a Literacia em Saúde um instrumento pertinente e reconhecido atualmente no âmbito da promoção da saúde (Saboga-Nunes, 2014).

Este conceito surgiu pela primeira vez na área da saúde em 1974 num artigo intitulado “*Health education as social policy*” por Scott Simonds (Simonds, 1974; Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Madeira, 2016). Apesar do conceito na altura estar intimamente ligado às questões da promoção da saúde, recentemente assumiu-se como ferramenta fundamental para “navegar” nos sistemas de saúde, cada vez mais complexos. O conceito ao longo dos últimos anos surgiu com grande destaque a nível mundial, exemplo disso são as inúmeras publicações oficiais de organizações políticas que têm surgido, como o *White Paper* intitulado *Together for Health* da Comissão Europeia, o *Vilnius Declaration on Sustainable Health Systems for Inclusive Growth in Europe*¹, o *Health 2020 Strategy of the World Health Organization*¹ e o *Health literacy: The Solid Facts*, da OMS, baseado nos resultados do estudo *European Health Literacy Survey (HLS-EU)*, financiado pela Comissão Europeia (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Em Portugal o conceito entrou no vocabulário recentemente, tendo para uns uma transparência inquestionável, até invejável, para outros acaba por ser mais um termo, (Pinto e Martins, 2005 cit. por Pereira, 2013). O conceito tem surgido na sociedade como linha de orientação para a promoção da saúde, onde nas últimas décadas tem sido sinalizado como o

caminho a seguir para a melhoria dos cuidados de saúde, com um papel relevante na definição das políticas de saúde do país. Exemplo disso é o atual Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 – 2016, já com revisão e extensão até ao ano de 2020. Implementado em Portugal e seguindo os princípios e estratégias da OMS, um dos sete princípios orientadores consiste na capacitação do indivíduo através de ações de literacia para a autonomia, responsabilização e o papel interventivo no funcionamento do sistema de saúde, com base no pressuposto que cada indivíduo é responsável pela sua gestão de saúde, tornando-o consciente da necessidade de integrar e participar nos programas de saúde delineados para Portugal (*empowerment*) (DGS, 2015a).

Embora o conceito tenha surgido pela primeira vez na década de 70, apenas no final da década de 90 surgem as primeiras definições do conceito. Desde então, este tem vindo a evoluir gradualmente e foi adquirindo maior destaque e importância nas áreas de saúde pública e cuidados de saúde primários (Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Madeira, 2016). O conceito tem vindo a evoluir de uma definição relacionada com desempenho de determinadas tarefas, numa perspetiva individual, para um conceito que contempla não apenas a componente pessoal do indivíduo, mas também a componente social onde se insere, desenvolvendo e assumindo a capacidade de tomar decisões fundamentadas e responsáveis no seu quotidiano (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

A literacia era entendida como a capacidade de ler e escrever, usar a linguagem e comunicar. Contudo, a temática tem vindo nos últimos anos amplamente a ser investigada, sendo reconhecida como uma capacidade ou domínio que ultrapassa a dimensão escolar, onde o indivíduo necessita de um conhecimento profundo da leitura e escrita para interpretar e dar resposta às exigências da atual sociedade nos diversos contextos (Loureiro coord., 2014).

Já em 1998, a OMS definiu a Literacia em Saúde como um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade do indivíduo para compreender e usar a informação, de modo a promover e manter uma boa saúde (Loureiro e Miranda, 2010).

No relatório do *Council of Scientific Affairs* da *American Medical Association*, definiu-se Literacia em Saúde como a capacidade de ler e compreender prescrições, bulas e outras informações relacionadas com a saúde, para com sucesso ser possível o funcionamento como doente (American Medical Association, 1999; Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Em 2005, Kickbush, Wait e Maag integraram na definição da Literacia em Saúde a componente social e de vida em sociedade, definindo o conceito como capacidade de tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, no uso de serviços de saúde, no mercado e no contexto público, sendo um processo de capacitar o indivíduo na tomada de decisão sobre a sua própria saúde, desenvolvendo a

capacidade de procurar informação e de assumir as responsabilidades (Kickbush, Wait e Maag, 2005; Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Madeira, 2016.).

Desde 2005 várias definições têm sido preconizadas. Contudo, várias entidades, organizações e autores, consideram que nenhuma se tem revelado tão completa e integradora como a de Kickbush, Wait e Maag, pelo que continua a ser a definição mais utilizada em trabalhos académicos (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Também Nutbeam, um dos autores mais considerado e crítico, ao falar do conceito de Literacia em Saúde, definiu-o como o resultado de dois elementos fundamentais: as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). O que significa que a literacia baseada nas tarefas diz respeito ao modo como cada indivíduo consegue realizar determinadas tarefas como ler ou escrever frases simples, enquanto a literacia baseada em competências refere-se ao nível de conhecimentos e competências que o indivíduo possui para realizar as tarefas (Nutbeam, 1998, 2000, 2009; Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Madeira, 2016).

O mesmo autor, mais tarde, associou o conceito de Literacia em Saúde à noção de *empowerment* e de *outcomes* na educação para a saúde. Para além do conceito considerou três tipos ou níveis de literacia, designadas de funcional (básica), interativa (comunicacional) e crítica, em que a cada um se associa um conjunto de competências (*skills*) (Nutbeam, 2000; Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Madeira, 2016):

Literacia funcional (básica): caracteriza-se por competências suficientes para ler e escrever, permitindo ao indivíduo funcionar efetivamente nas atividades do seu quotidiano;

Literacia interativa (comunicativa): composta por competências cognitivas e mais avançadas, que em conjunto com as competências sociais podem ser usadas no quotidiano, no intuito de obter e interpretar a informação através de diversas fontes de comunicação, de modo a aplicar essa nova informação conforme as circunstâncias do quotidiano;

Literacia crítica: formada por competências cognitivas mais avançadas, que associadas às competências sociais, permite analisar de modo crítico a informação adquirida e usá-la para a tomada de decisão responsável sobre os diversos eventos do quotidiano.

Smith e Nutbeam (2006) reforçaram a necessidade de capacitar a comunidade para o levantamento e tomada de consciência sobre os riscos de saúde, onde a educação e a Literacia em Saúde se assumem como aspetos primordiais na aquisição de competências. Permitem, deste modo, mudar estilos de vida e integrar programas que procuram identificar e responder às novas exigências e transformações que se observam no campo da saúde, facilitando o acesso aos recursos disponíveis e às diversas estruturas existentes na comunidade, desenvolvendo, assim, a capacidade e tomada de decisão.

O destaque e a relevância atualmente atribuídos à literacia, numa sociedade em constante mudança, implica uma questão de cidadania, pelo que o dia 8 de Setembro de 2003 foi designado o dia internacional da literacia e associado a este, a Organização das Nações Unidas instaurou a década da literacia (2003 a 2012) tendo como objetivo salientar a pertinência da literacia na vida do indivíduo e na sociedade. Recentemente, a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO), define a literacia como (DGS, 2016: s.p):

A capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias de acordo com os diversos contextos. A literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade.

Podem destacar-se duas abordagens distintas deste conceito, uma centrada em aspetos cognitivos individuais e outra em aspetos sociais e culturais. A primeira abordagem diz respeito à capacidade funcional, que requer competências básicas ao nível de leitura, escrita e numérica, para compreender, processar e interpretar informação de forma eficiente, no que respeita aos serviços de saúde. Esta abordagem concentra-se na capacidade individual e cognitiva do indivíduo, sendo compreendida como um atributo pessoal que define o maior ou menor grau de Literacia em Saúde. Esta perspetiva ignora o papel dos profissionais no desenvolvimento e promoção da Literacia em Saúde, relativamente ao ensino e educação para a saúde. A segunda abordagem defende que a Literacia em Saúde é uma competência que se vai adquirindo ao longo do ciclo vital, sendo considerada uma construção abrangente e multidimensional, desenvolvida na interação do indivíduo com o meio onde se insere. Esta resulta de uma fusão de competências cognitivas, sociais e culturais de comunicação e, conseqüentemente, num processo onde se deve privilegiar uma comunicação bilateral, capacitando o indivíduo a usar a informação eficientemente, reforçando a motivação para a ação anteriormente defendida pela OMS em 1998 (Serrão coord., 2014).

Segundo o HLS-EU Consortium (2012: 7):

Health literacy is access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.

Para Sørensen, Vanden Broucke, Fullam *et al.* (2012: s.p) a literacia para a saúde pode ser definida como “conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde”, corroborando com esta opinião Saboga-Nunes, Freitas e Cunha (2016).

Segundo Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira e Ferreira (2012) a literacia é um processo dinâmico que não se reduz à alfabetização, é a capacidade de usar determinadas

competências, que leva a que o indivíduo questione e assuma um papel ativo a nível pessoal, social e profissional.

A Literacia em Saúde para Saboga-Nunes, Sørensen e Pelikan (2014) resulta do acesso do indivíduo à informação de saúde, podendo ser apropriada no desenvolvimento da sua capacidade de compreensão, influenciando a avaliação das ações a tomar. Nesta sequência, a aplicação do conhecimento adquirido sobre a saúde no seu quotidiano é determinada pela sua capacidade de gestão. Esta aplicação decorre de acordo com a capacidade de investimento, que o indivíduo desenvolve na construção das suas opções de vida, sendo mais ou menos favoráveis à promoção da sua saúde.

A Literacia em Saúde está relacionada com a capacidade de lidar com a informação sobre saúde, nomeadamente no que diz respeito ao conhecimento das pessoas, o seu acesso, compreensão, interpretação, avaliação, aplicação e utilização, promovendo no indivíduo a oportunidade da gestão pessoal do seu estado de saúde, ao ser capaz de julgar e tomar decisões na vida quotidiana em matéria de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida em diversas situações e ao longo do seu ciclo de vida (HLS-EU Consortium, 2012; OMS org., 2013; Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016).

De acordo com o Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março (DGS, 2017: s.p):

A Literacia em Saúde, entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado.

A importância do conceito de Literacia em Saúde tem sido destacado num conjunto de estudos, evoluindo imenso desde os anos 70, o que sugere que este pode desempenhar um papel determinante na manutenção ou melhoria das condições de saúde. Os serviços de saúde consideram este conceito extremamente importante, sobretudo a área de cuidados de saúde primários e saúde pública (Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Madeira, 2016).

O impacto do conceito na sociedade leva a que gradualmente se observe a passagem de um modelo biomédico para um modelo colaborativo, resultando na redução dos custos, no aumento do conhecimento e no uso menos frequente dos serviços de saúde, sendo estes resultados consequência da aquisição de conhecimentos e de uma maior autoeficácia de comportamentos, capacitando o indivíduo na tomada de decisão e na gestão da sua saúde. O conceito de Literacia em Saúde evoluiu de uma definição meramente cognitiva para uma definição que engloba as componentes pessoal e social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia. No entanto, um inadequado nível de Literacia em Saúde pode ter implicações significativas na saúde individual e coletiva,

podendo estar perante um contexto de desigualdades em saúde, tendo implicações na gestão de recursos e ganhos em saúde (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

1.2 – SISTEMA E POLÍTICAS DE SAÚDE

A saúde é um sistema complexo, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, com uma evolução rápida do conhecimento e das práticas, exigindo políticas consistentes e persistentes. Na complexidade deste contexto, de recursos finitos e de decisões éticas difíceis, movem-se governantes, gestores, profissionais e cidadãos. O cidadão deve ser entendido como o elemento central do sistema de saúde, daí em 1978 na declaração de Alma-Ata, emergiu o conceito de cidadania em saúde como sendo “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde”. Segundo a DGS (2015a) o cidadão tem o direito e dever de influenciar as decisões e políticas de saúde, que afetam a população no desempenho dos seus diferentes papéis (como doente com necessidades específicas, o de consumidor com expectativas e direito a cuidados seguros e de qualidade e o de contribuinte do Sistema Nacional de Saúde).

Nos últimos anos, a Literacia em Saúde assumiu um papel crescente nas reflexões sobre os sistemas de saúde e políticas de saúde adotadas pelos governos, nomeadamente na forma como os indivíduos interagem e comunicam com os sistemas nas suas diversas vertentes (Hernandez, 2013). A carta de *Ottawa*, aprovada em 1986 na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, definiu a promoção da saúde como um processo que visa criar no indivíduo condições para aumentar a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde (estilos de vida individuais, redes sociais comunitárias e condições socioeconómicas, culturais e ambientes gerais). No sentido de melhorar a condição de saúde, a Literacia em Saúde torna-se num instrumento fundamental no âmbito da promoção da saúde (Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016; OMS, 2017).

A Literacia em Saúde é um dos objetivos da saúde pública a atingir no século XXI. Uma adequada literacia na área da saúde é essencial ao indivíduo, no sentido de possuir competências que lhe permitam processar e compreender a informação de saúde, capacitando-o para a tomada de decisão ao longo do seu ciclo vital (Tomás, Queirós e Ferreira, 2014). Possui um papel primordial na autogestão da doença, uma vez que o indivíduo no seu quotidiano tem de ter capacidade de compreender e avaliar a informação em saúde, com o fim de planear, alterar estilos de vida, tomar decisões e saber avaliar de forma eficiente os cuidados que necessita (OE, 2014).

A importância da temática tornou-se clara, nas atuais sociedades, governos e organizações públicas e privadas, a partir do momento em que se tomou consciência que os níveis de Literacia em Saúde são fatores, que condicionam de forma decisiva o modo como os indivíduos podem ou não tomar as melhores decisões relacionadas com a sua saúde. Estas podem não apenas afetar a qualidade de vida dos indivíduos e daqueles que dependem destes, como também pode ter implicações nos custos, ganhos e modo de organização dos sistemas de saúde (Espanha, Ávila e Mendes, 2016). Também Portugal está desperto para esta problemática, o que levou que em 2016, o Governo Português, no seu programa para a saúde no despacho n.º 3618-A/2016, estabelecesse como prioridade a promoção da saúde, criando o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, preparando e apoiando prestadores de cuidados informais no domicílio, constituindo a Literacia em Saúde uma referência nuclear do programa. Este programa vem demonstrar a intenção do governo em reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada, veículos privilegiados desse reforço (DGS, 2017).

Uma adequada Literacia em Saúde na sociedade atual mostra-se fundamental. Ter ou não níveis adequados de Literacia em Saúde, representa as competências que a população possui para processar e compreender a informação de saúde, conseguindo tomar decisões adequadas sobre a sua própria saúde (*empowerment*) e assim poder ditar a diferença. Embora a proliferação da informação em saúde por ambientes eletrónicos seja extremamente elevada, muita desta informação permanece inacessível a uma grande percentagem da população. Os baixos níveis de Literacia em Saúde e as baixas competências digitais ainda existentes na sociedade, colocam em causa a capacidade do indivíduo selecionar e interpretar adequadamente a informação desejada, com vista a adquirir a informação necessária para tomar decisões sobre o seu processo de saúde (Tomás, Queirós e Ferreira, 2014).

A internet assume atualmente um papel essencial, tornando-se numa das fontes de informação privilegiadas, com especial relevo para os adolescentes e jovens adultos, sendo uma ferramenta primordial na tomada de decisões informadas, promovendo no indivíduo oportunidades da gestão pessoal do seu estado de saúde (Austin, 2012).

Atualmente há uma crescente apetência dos indivíduos pela pesquisa autónoma de informação sobre sinais, sintomas, doenças e até esquemas terapêuticos, através de fontes de informação eletrónica. Contudo, existem *websites* de saúde que apresentam informação tendenciosa e pouco clara, levantando questões acerca da utilidade e resultados práticos destas pesquisas (Carneiro, 2015).

Em 2017 a comemoração do dia internacional da literacia pela UNESCO, teve como tema “Literacia num mundo digital” realizando-se no contexto da Agenda da Educação 2030

das Nações Unidas, onde a comunidade internacional se comprometeu a garantir uma educação de qualidade, inclusiva, equitativa e promotora de aprendizagem ao longo do ciclo vital.

Segundo a Diretora-Geral da UNESCO, Irina Bokova (Costa, 2017: s.p):

As tecnologias digitais estão presentes em todas as esferas da nossa vida e configuram de maneira sustentável o modo como vivemos, trabalhamos, aprendemos e socializamos. Estas novas tecnologias abrem novas e amplas oportunidades para melhorarem as nossas vidas e se conectarem globalmente, mas também podem marginalizar aqueles que não possuem competências essenciais, como a literacia, que se precisam para as utilizar. Tradicionalmente se há considerado a literacia como um conjunto de competências relacionadas com a leitura, escrita e aritmética, aplicadas a um contexto determinado.

Apesar de se reconhecer que as tecnologias de informação têm ampliado o acesso à informação e aprendizagem, é também necessário compreender o tipo de literacia que existe num mundo digital para construir uma sociedade mais equitativa e sustentável, nomeadamente quando no mundo existem 750 milhões de pessoas analfabetas, 63% do sexo feminino, não possuindo noções básicas de leitura e escrita. Esta população inclui 102 milhões de jovens (15-24 anos), destes 57% são mulheres e 264 milhões de crianças e jovens não recebem educação escolar, de acordo com o instituto de estatística da UNESCO. Porém, as comunidades com acesso à informação pertinente estão melhor posicionadas para erradicar a pobreza e a desigualdade, melhorar a economia, proporcionar uma educação de qualidade e promover a saúde, a cultura, a pesquisa e a inovação (Costa 2017).

Enquanto temática abrangente e dinâmica, a necessidade de desenvolver e ampliar a Literacia em Saúde na comunidade, traduz-se numa constante preocupação na definição de políticas de saúde. Na sociedade contemporânea, a temática da Literacia em Saúde tem vindo a arrogar-se como um tema de peculiar pertinência. Compreender a importância deste tema, para a formação de uma sociedade próspera e desenvolvida, torna-se essencial (Serrão coord., 2014).

De acordo com a literatura, baixos níveis de Literacia em Saúde estão fortemente ligados a um baixo conhecimento ou compreensão, quer dos serviços de prestação de saúde disponíveis, quer dos próprios resultados em saúde, podendo associar-se uma elevada probabilidade de hospitalização com períodos de internamento longos, o aumento de exames complementares, a baixa adesão às medidas terapêuticas instituídas e a incapacidade de autogestão de doenças crónicas. Reflete-se, assim, numa elevada prevalência e severidade das doenças crónicas, em inferiores condições gerais de saúde e na desvalorização dos serviços de prevenção e rastreio preconizados nos serviços de saúde (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Num estudo levado a cabo pela *World Health Communication Associates*, 90% dos adultos norte-americanos têm dificuldade em aceder e agir em conformidade com a informação facultada, não sendo capazes de reconhecer e compreender fatores de risco, de acordo com a

informação disponibilizada, nem de aceder ao sistema de saúde de acordo com as suas necessidades (World Health Communication Associates, 2011).

Um estudo levado a cabo pela *Medicare* conclui que os idosos representam o grupo mais vulnerável, apresentando níveis de Literacia em Saúde baixos no que diz respeito à procura e seleção adequada dos serviços de saúde, consoante as suas necessidades afetadas (McCormack, Bann, Uhrig, Berkman e Rudd, 2009).

A Literacia em Saúde deve ser encarada na sociedade como uma capacidade para procurar informação e assumir responsabilidades, aumentando o controlo do indivíduo sobre a sua saúde através de uma estratégia de *empowerment*. O aumento da Literacia em Saúde poderá ser a base para a redução das desigualdades, que flagelam a sociedade em termos de acesso a serviços, cuidados de saúde, esperança de vida, morbilidade e mortalidade. Baixos níveis de literacia associam-se a piores níveis de saúde e qualidade de vida. Quanto maior a dificuldade em compreender e interpretar a informação escrita ou verbal transmitida pelo profissional de saúde, maior será a dificuldade em recorrer aos serviços de saúde, de acordo com as suas necessidades e consequentemente seguir procedimentos, orientações e prescrições com eficácia, eficiência e efetividade (Loureiro e Miranda, 2010; Serrão coord., 2014).

Atualmente a Literacia em Saúde assume-se como um direito do cidadão, traduzindo-se na capacidade de usar competências, que lhe permitam aceder, compreender e avaliar a informação em saúde aplicando-a, no seu quotidiano, na tomada de decisão nos diversos contextos onde se insere. É um determinante importante da saúde e da qualidade de saúde, refletindo-se nas desigualdades sociais. É premente investir neste campo, sendo os resultados esperados, aquando da implementação de ações de promoção da saúde, reduzir desigualdades, criar políticas de saúde e ambientes favoráveis para escolhas saudáveis e a mobilização social de estratégias de *empowerment* (Loureiro, 2015).

A importância da temática levou a que no PNS 2012 – 2016, já com revisão e extensão até ao ano de 2020, o programa de saúde escolar tenha como objetivo promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa. Promovendo a capacitação para a saúde individual e coletiva, incentiva a diversidade das práticas e envolve toda a comunidade educativa em torno de um objetivo comum, promovendo o aumento do número de anos de vida saudável dos cidadãos. O contexto escolar é um meio promissor para a melhoria da literacia, desenvolvendo competências cognitivas e sociais, que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação, de forma a promover e manter uma boa saúde (DGS, 2015b).

Investir na Literacia em Saúde requer uma abordagem holística, onde uma linguagem clara é fundamental e favorece a capacidade para o indivíduo lidar com a doença e fazer uso dos

serviços de saúde de forma adequada, para melhor compreender e controlar situações do dia-a-dia. Tal constatação, não tem em vista evitar a utilização dos serviços de saúde, mas sim estimular o indivíduo a desenvolver a capacidade de autogestão de saúde e doença e, naturalmente, a desenvolver o sentimento de utilidade, competência e liberdade na sociedade, capacitando-o para o debate e tomada de decisão aos diferentes níveis (Loureiro, 2015).

A educação para a saúde orientada para a Literacia em Saúde, para além de proporcionar um melhor nível de conhecimentos acerca da saúde, desenvolve competências no indivíduo passíveis de o motivar a desenvolver um papel ativo na sociedade, promovendo comportamentos e estilos de vida saudáveis. Já Paulo Freire alerta para a importância de assegurar abordagens pedagógicas que desenvolvam a capacidade crítica, “uma forma de intervenção no mundo”, promovendo o *empowerment*, abrangendo todas as comunidades e sociedades, mais ou menos desfavorecidas, diminuindo as desigualdades e consequentemente promovendo ganhos em saúde (Serrão coord., 2014; Loureiro, 2015).

O indivíduo e comunidade com bons níveis de literacia possuem autonomia na procura de respostas, no intuito de satisfazer as suas necessidades em colaboração com profissionais de saúde, organizações, família e outros parceiros (Loureiro e Miranda, 2010).

As competências dos indivíduos em Literacia em Saúde, de acordo com Kickbusch, Wait e Maag (2006; cit. por Loureiro e Miranda, 2010: 137-138), incluem:

- 1- Competências básicas para a promoção da saúde: adopção de comportamentos de protecção da saúde e prevenção da doença, bem como o auto-cuidado;
- 2- Competências do doente: para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro activo dos profissionais;
- 3- Competências como consumidor: para tomar decisões de saúde na selecção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
- 4- Competências como cidadão: através de comportamentos informados de participação, conhecimento dos direitos, *advocacy* para assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes.

A desigualdade presente ao nível da Literacia em Saúde e do acesso à saúde são fenómenos comuns que não devem ser vistos isoladamente. Neste propósito, deve-se promover uma interligação entre diversos setores (político, educacional, social, cultural, individual, ...), unindo esforços no sentido de melhorar as competências do indivíduo para lidar com a saúde e sistemas de saúde, as condições escolares, profissionais e a qualidade de vida e saúde a nível mundial, contribuindo para a igualdade de acesso aos cuidados de saúde (Loureiro e Miranda, 2010; Loureiro, 2015).

A literacia deve ser, assim, encarada pelos sistemas de saúde como um elemento que trabalhado, conduz à redução das desigualdades em saúde. Com base no descrito, o *Institute of Medicine* (IOM) em 2001, propôs o redesenho dos cuidados de saúde na base de dez regras,

seis das quais enquadradas no contexto cultura e quatro no âmbito da promoção da Literacia em Saúde na comunidade (IOM, 2003; cit. por Loureiro e Miranda, 2010; Instituto Nacional de Saúde, 2016):

1. Cuidados baseados numa relação de continuidade;
2. Atendimento baseado nas necessidades e valores dos doentes;
3. O doente como um recurso de controlo;
4. Partilha do conhecimento e do fluir livre da informação;
5. Tomada de decisão baseada na evidência;
6. Segurança como um sistema de propriedade;
7. Necessidade de transparência;
8. Antecipação de necessidades;
9. Constante diminuição de desperdícios;
10. Cooperação entre os clínicos.

Estudos que têm vindo a ser desenvolvidos demonstram que os indivíduos pretendem cada vez mais sentirem-se parte integrante da gestão da sua própria saúde, tornando-se elementos mais ativos na procura de informação e na interação com os profissionais de saúde. Neste contexto, as estratégias adotadas pelos sistemas de saúde para a promoção da Literacia em Saúde, no sentido da promoção do diagnóstico precoce, têm vindo a aumentar e a tornar-se mais efetivas ao longo dos últimos anos, nomeadamente com especial destaque no rastreio do cancro colorctal, cancro da mama, cancro do útero, diabetes, hipertensão arterial, cessação tabágica, etc. Exemplo desta preocupação no sistema de saúde português é o PNS 2012 – 2016, já com revisão e extensão até ao ano de 2020, implementado em Portugal (DGS, 2015a; Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Segundo Mota (2015: 2) “acredita-se que a promoção da Literacia em Saúde, ao mudar o comportamento das pessoas e o seu perfil de utilização do sistema e dos recursos de saúde, pode levar a uma poupança nos gastos em cuidados de saúde”.

Atualmente a evidência para relacionar os níveis de Literacia em Saúde e os seus custos no sistema de saúde é limitada, pelo que se torna difícil determinar com precisão os custos que a iliteracia em saúde poderá ter no sistema de saúde, quer no aspeto individual, quer no seu todo. Contudo, tendo em conta o anteriormente exposto, traduzindo-se numa utilização ineficiente do sistema de saúde, sabe-se que atualmente os baixos níveis de Literacia em Saúde acarretam muitos custos efetivos para o sistema de saúde, colocando em causa se as políticas de saúde adotadas serão as mais adequadas à população que o sistema serve (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Segundo o IOM, metade da população adulta dos Estados Unidos da América apresenta falhas de literacia requeridas para a utilização dos serviços de saúde, em que os baixos níveis de literacia em 2003 associam-se a uma perda económica de 73 mil milhões de dólares por ano, estimando-se que tenha um custo nacional entre os 100 e os 200 mil milhões de dólares anuais (Loureiro e Miranda, 2010; Saboga-Nunes, Sørensen, e Pelikan, 2014; Saboga-Nunes, Sørensen e Rodrigues 2015; Pedro, Amaral e Escoval, 2016). Os custos adicionais e associados aos inadequados níveis de Literacia em Saúde nos Estados Unidos da América, onde a Literacia em Saúde é limitada com uma prevalência entre 34 e 59%, no sistema de saúde, são equivalentes a 3-5% do orçamento total em saúde, correspondendo a nível individual a 143 – 7798 dólares a mais por ano em cuidados de saúde (Eichler, Wiser, e Brugger, 2009).

Os problemas de saúde relacionados com a obesidade, nos Estados Unidos da América, representam 9.1% dos gastos clínicos, representando 147 mil milhões de dólares de despesas extras. As despesas feitas numa população com excesso de peso, com patologias comuns como a diabetes, deveriam ser direcionadas para sessões de educação no intuito da promoção da saúde e consequentemente promover a Literacia em Saúde. Este tipo de intervenção poder-se-ia traduzir numa poupança significativa em gastos em saúde dado que, em média, um indivíduo obeso consome mais de 1400 dólares anuais, comparativamente com um indivíduo com o peso adequado (Finkelstein, Trogon, Cohen, e Dietz, 2009).

Também em Portugal, até ao momento, não existe evidência dos reais custos económicos que os baixos níveis de Literacia em Saúde da população representam para o sistema de saúde. Contudo, à semelhança com o anteriormente descrito, situações clínicas crónicas ou de evolução prolongada (diabetes, cancro ou doenças cardiovasculares) são provavelmente as mais dispendiosas para o sistema de saúde. Neste contexto, a promoção da Literacia em Saúde na população pode assumir um papel central na prevenção da doença, no diagnóstico, na adesão adequada aos regimes terapêuticos preconizados e consequentemente na redução dos gastos que se traduz em ganhos em saúde. As autoridades de saúde nos últimos anos têm vindo a investir em programas de gestão da doença, essencialmente da doença crónica. Tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida da população e a qualidade na prestação de cuidados de saúde, em 2011, foi legislado em diário da república, no decreto de lei nº 124/2011 de 29 de dezembro, um conjunto de programas de saúde de carácter prioritário a desenvolver pela DGS e a serem posteriormente implementados nas várias organizações de saúde, no intuito de reduzir os custos e promover os ganhos em saúde. Dado a importância reconhecida do PNS 2012 – 2016 a nível da redução de custos e ganhos em saúde, o mesmo foi revisto e extensível até ao ano de 2020 (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

A insuficiência de dados disponíveis que relacione a Literacia em Saúde com os custos associados à implementação destes programas, não permite ainda afirmar uma redução de gastos e melhoria de cuidados que proporciona (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Abordado o conceito da Literacia em Saúde, que atualmente invade a sociedade, o sistema e políticas de saúde, torna-se fundamental conhecer a evidência disponível que permite aferir os níveis de Literacia em Saúde, quer a nível mundial quer a nível nacional.

1.3 – ESTUDOS EM LITERACIA EM SAÚDE

Tendo em conta o impacto que os baixos níveis de Literacia em Saúde podem ter no bem-estar individual e coletivo da sociedade e na utilização adequada dos recursos de saúde disponíveis, têm-se desenvolvido diversos instrumentos que procuram avaliar e diagnosticar os níveis de literacia da população. Indivíduos com níveis de literacia inadequados demonstram dificuldades significativas no que diz respeito à compreensão de prescrições médicas, à procura dos cuidados de saúde de acordo com as suas necessidades e à monitorização de parâmetros biométricos, traduzindo-se em taxas de hospitalização elevadas, maiores custos para o sistema de saúde e perda de ganhos em saúde. Aferir os níveis de Literacia em Saúde tornou-se uma questão fundamental na saúde pública (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Nos estudos de investigação que têm sido efetuados acerca da temática, o conceito adotado pode apresentar algumas especificidades. Desde a compreensão à utilização de informação sobre saúde e ainda a capacidade de o indivíduo entender outras fontes de informação (internet) e comunicar dentro dos sistemas de saúde, pode colocar em causa o modo como o indivíduo interage com os distintos profissionais de saúde. A investigação, que tem vindo a ser feita, tem permitido recolher informações importantes e concluir, que reduzidas competências neste domínio estão associadas ao maior número de internamentos e ao uso inadequado dos serviços de urgência, bem como à baixa incidência na procura de práticas preventivas (Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

Os Estados Unidos da América e o Canadá têm sido os países impulsionadores da investigação em Literacia em Saúde, procurando retratar este domínio em amostras representativas. Fazendo uso de uma metodologia de avaliação direta, em oposição a uma avaliação feita através de indicadores indiretos ou baseada na perceção dos indivíduos acerca das suas competências, aplicaram testes nos quais procuraram simular situações e problemas reais de saúde do dia-a-dia, o que implica a leitura, interpretação e uso da informação obtidas a partir de determinado texto. Apesar das limitações que possam daqui advir, em 2003 num

estudo feito no Canadá, foi possível concluir que 60% dos canadenses não possuíam competências mínimas para responder às necessidades e problemas com que se confrontam diariamente no que respeita à Literacia em Saúde (Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

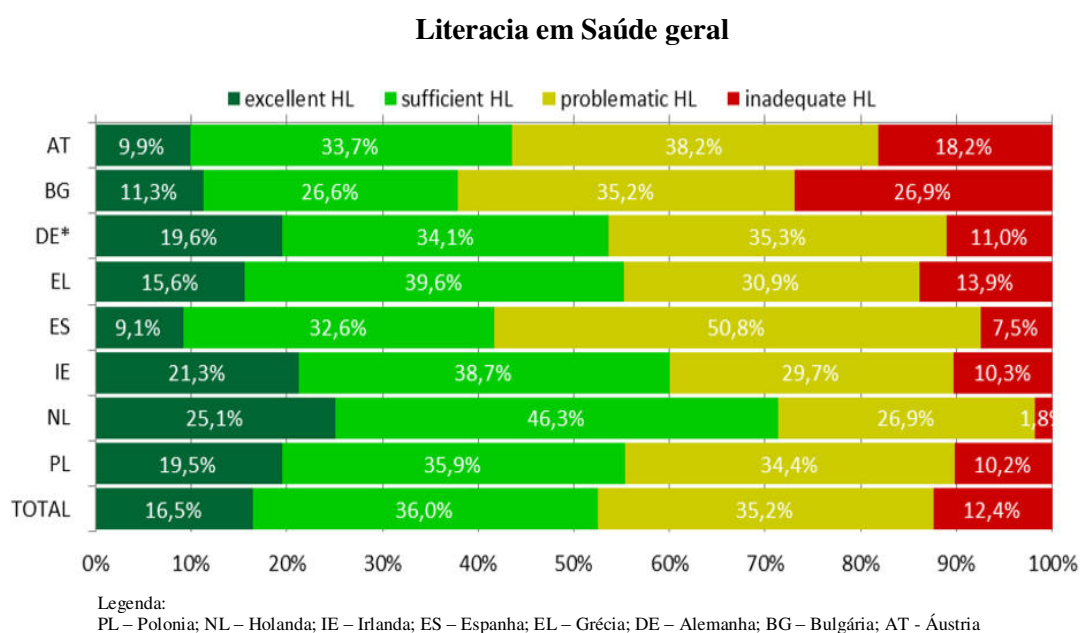
Mais tarde, ainda no Canadá, de acordo com o inquérito de literacia adulta e competências de vida, 55% da população em idade ativa, não tem níveis adequados de Literacia em Saúde e apenas 12% dos adultos com mais de 65 anos possuem competências de Literacia em Saúde adequadas (OE, 2014).

Apesar do crescente interesse, demonstrado por parte de organizações públicas e privadas, governos e entidades de saúde, para integrar o conceito de Literacia em Saúde nas novas políticas de saúde a nível europeu, atualmente a informação disponível na Europa é escassa. Vários estudos demonstram a prevalência de uma Literacia em Saúde limitada em todo o mundo, contudo a nível europeu os dados disponíveis acerca dos níveis de Literacia em Saúde até agora permanecem indisponíveis. Pela pertinência e relevância do tema, em 2009 um grupo de peritos europeus procurou, através de um instrumento que avalia a Literacia em Saúde da população, *Health Literacy States - Europe* (HLS-EU), conhecer a realidade de um grupo de países europeus. Para colmatar esta lacuna, um consórcio de nove organizações de oito estados membros da UE (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha) criou o projeto HLS-EU para desenvolver o primeiro estudo europeu sobre Literacia em Saúde. Os objetivos principais do projeto incluíram o desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados, para avaliar a Literacia em Saúde a nível europeu e servirem de base para desenvolver um conjunto de políticas de saúde que favoreçam o *empowerment* (Sørensen, Pelikan, Röthlin, *et al.*, 2015).

Em 2011 decorreu o primeiro estudo utilizando o HLS-EU, que pretendeu analisar especificamente a forma como a literacia é distribuída na população dos países envolvidos, que proporções da população mostram uma literacia limitada, quais os grupos mais vulneráveis e se há um gradiente social para Literacia em Saúde. O estudo realizado integrou oito países: Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha (n= 1000 por país, n= 8000 amostra total). No gráfico 1 pode observar-se que na amostra total, 12.4% dos inquiridos apresentavam níveis de literacia geral “inadequada” (1 em cada 10 inquiridos). Na amostra total 47.6% dos inquiridos tinham nível de Literacia em Saúde geral limitada (“inadequada” ou “problemática”). Ainda no estudo, os subgrupos específicos, onde a proporção de indivíduos com Literacia em Saúde geral limitada excedeu consideravelmente essa percentagem foram: os que classificaram o seu estado de saúde de “muito ruim” ou “ruim”, os que caracterizaram a sua situação socioeconómica de “muito baixo” ou “baixo”, os que tinham um grau de escolaridade “mais baixos” ou “baixo”, os que apresentavam dificuldades

permanentes em pagar contas e aqueles que tinham idade ≥ 66 anos (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen, Pelikan, Röthlin, *et al.*, 2015).

Gráfico 1 – Percentagem dos níveis de Literacia em Saúde geral dos oito estados membros, por país e total



Fonte: HLS-EU Consortium (2012). *Comparative report of health literacy in eight eu member states. The european health literacy survey HLS-EU: 3*

1.3.1 – Estudos em Portugal

À semelhança de outros países a nível mundial, também Portugal sentiu a necessidade de conhecer os níveis de Literacia em Saúde na população. Neste âmbito, a 13 de dezembro de 1993, numa iniciativa resultante do Conselho Nacional da Educação, Fundação Calouste Gulbenkian e do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, surgiu o primeiro estudo nacional de literacia geral, onde foram introduzidas algumas questões sobre saúde (Patrocínio, 1996). Este primeiro estudo de avaliação da literacia geral da população portuguesa foi coordenado por Benavente (1995), onde se divulgou a primeira análise dos dados obtidos no Relatório Preliminar do Estudo Nacional de Literacia, demonstrando que a população portuguesa apresentava níveis de Literacia em Saúde baixos ou muito baixos e os grupos que apresentavam níveis mais baixos de literacia foram os idosos, desempregados e domésticas

(Benavente, Rosa, Costa, e Ávila, 1995; Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

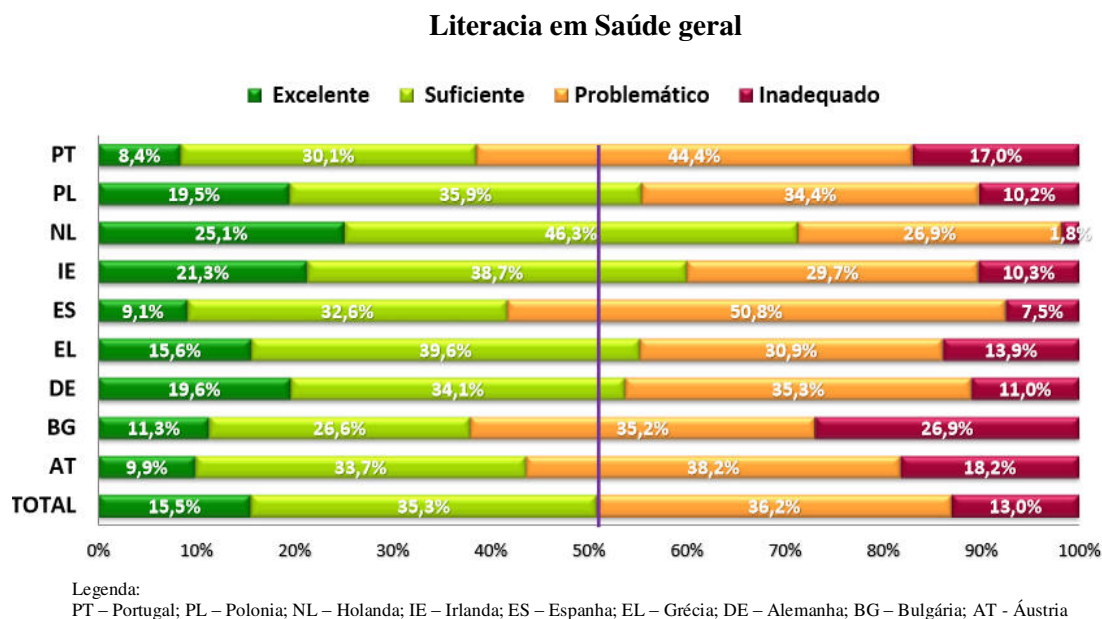
Em Portugal, em 2014, quase 20 anos após ter sido apresentado o primeiro Relatório Preliminar do Estudo Nacional de Literacia, foi aplicado o HLS-EU, um instrumento multidimensional, que permite compreender a capacidade de as pessoas acederem, compreenderem, analisarem e utilizarem a informação em saúde nos domínios da utilização dos cuidados de saúde, na promoção da saúde e na prevenção da doença (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Dada a relevância da temática em Portugal, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSPUNL), com o apoio de diversas organizações, estabeleceu um acordo com a coordenação do referido projeto europeu, para aplicar o instrumento em Portugal, após a sua tradução e validação para a população portuguesa (HLS-EU-PT), no propósito de conhecer o nível de Literacia em Saúde da população portuguesa (Saboga-Nunes, Sørensen e Pelikan, 2014; Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016; ENSPUNL, 2016).

Aquando da tradução e validação do HLS-EU para a população portuguesa, HLS-EU-PT, foi feito um estudo preliminar qualitativo e quantitativo. A amostra foi de 7380 inquiridos de oito países europeus e 750 de Portugal. Os dados preliminares referentes à amostra portuguesa revelaram que 51% dos inquiridos tinham uma Literacia em Saúde limitada (“inadequada” e “problemática”). Nos nove países estudados, existiam grupos de maior vulnerabilidade de acordo com os seus níveis de Literacia em Saúde, ou seja, os indivíduos que apresentavam melhor autoavaliação de saúde tinham padrões mais elevados de Literacia em Saúde quando comparadas com os indivíduos com piores avaliações e problemas de saúde. Os indivíduos com um estatuto social muito baixo ou os que definiam o seu estado de saúde como “muito mau” ou “mau”, apresentavam risco de possuírem Literacia em Saúde limitada (Saboga-Nunes, Sørensen e Pelikan, 2014).

Conforme o gráfico 2, num estudo realizado em Portugal, em 2014, no projeto “Saúde que Conta” (projeto da responsabilidade científica da ENSPUNL), numa amostra de 1004 indivíduos, cerca de 61% da população inquirida apresentava um nível de Literacia em Saúde geral “problemática” ou “inadequada”, sendo a média dos 9 países, que integraram o estudo, de 49.2%. Portugal foi o 2º país com uma população com um nível de Literacia em Saúde geral “suficiente” e “excelente” mais baixo de 38.5% (Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016; ENSPUNL, 2016).

Gráfico 2 – Percentagem dos níveis de Literacia em Saúde geral, dos nove estados membros, por país e total



Fonte: ENSPUNL. (2016). *Literacia em Saúde*: s.p

Na dimensão, cuidados de saúde, os resultados mais preocupantes foram na população portuguesa. Dos 9 países, Portugal foi onde se verificou uma pior literacia, em que 55.8% da população apresentou um nível “problemático” ou “inadequado”. Na dimensão prevenção da doença, 55% da população portuguesa tinha um nível “problemático” ou “inadequado” e na promoção da saúde 60.2% tinha um nível de literacia “problemático” ou “inadequado”, sendo o terceiro país com os piores resultados, comparativamente com a média dos nove países. A média da Literacia em Saúde nos quatro índices, na população portuguesa, variou entre 31 e 32 pontos, numa escala métrica variável entre 0 a 50. A população portuguesa enquadrou-se em todos os índices no nível “problemático”, sendo na dimensão promoção da saúde a média mais baixa (Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016; ENSPUNL, 2016).

De acordo com algumas características sociais específicas, existiam grupos vulneráveis, nomeadamente os mais velhos, menos escolarizados, desempregados e reformados. Tendo em conta as características sociodemográficas da população portuguesa estes dados são muito preocupantes. À medida que a idade aumenta o nível de Literacia em Saúde diminui. Ocorre tendencialmente o inverso no que diz respeito ao nível de escolaridade, que à medida que aumentava, o nível de literacia tendia a ser superior. Também os desempregados apresentavam nível de Literacia em Saúde pior, comparativamente com a população ativa (Pedro, Amaral e Escoval, 2016; ENSPUNL, 2016).

Face à escassa informação sobre Literacia em Saúde em Portugal, a Fundação Calouste Gulbenkian, no âmbito do programa “Inovar em Saúde”, propôs em 2013, à equipe de investigação do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa, um estudo com o objetivo de aferir os níveis de Literacia em Saúde da população portuguesa. Teve como objetivo central realizar o levantamento a nível nacional dos principais traços que caracterizam a Literacia em Saúde na sociedade portuguesa, tendo por base o HLS-EU, já aplicado em oito países (Mota, 2015). O estudo revelou que 49% dos portugueses tinha um baixo nível de Literacia em Saúde geral. Das várias formas, manifestou-se, principalmente, na interpretação de bulas de medicamentos, avaliação da informação sobre patologias, prevenção da doença, promoção da saúde, riscos de saúde, opções de tratamento, vacinação, recorrer a segunda opinião médica, entre outras (Jornal Médico, 2015; Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

O mesmo estudo apurou que 38% da população tinha um nível de Literacia em Saúde geral “problemático”, 11% um nível “inadequado” e 50% um nível de literacia “suficiente” ou “excelente”, e apenas 8.6% apresentava um nível “excelente”. No que respeita à dimensão cuidados de saúde, 45.4% dos inquiridos revelaram um nível de literacia limitado (“problemático” ou “inadequado”). Na dimensão prevenção da doença 45.5% dos inquiridos apresentavam um nível de literacia “problemático” ou “inadequado”, enquanto na dimensão promoção da saúde, estas limitações sobem para os 51.1%. A média da Literacia em Saúde nos quatro índices, na população portuguesa, variou entre 32.1 e 33.4 pontos. Numa escala métrica variável entre 0 a 50, a população portuguesa enquadrou-se na dimensão promoção da saúde no nível “problemático”. Nos restantes índices enquadrou-se no nível “suficiente”, mas com valores muito próximos do nível “problemático”, sendo na dimensão promoção da saúde a média mais baixa (Jornal Médico, 2015; Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

Segundo as mesmas autoras do estudo, os níveis de literacia são um aspeto preocupante na relação que a população portuguesa desenvolve com os prestadores de cuidados de saúde e com o cuidado com a sua própria saúde e dos seus familiares, destacando ser possível sinalizar, grupos mais vulneráveis, maioritariamente idosos e pessoas com baixa escolaridade. Referem, ainda, que sendo este grupo etário cada vez mais numeroso na nossa sociedade e com reduzidos níveis de Literacia em Saúde, as políticas de saúde deveriam repensar na intervenção deste grupo etário, no que concerne à prevenção da doença e promoção da saúde. Identificaram como grupos mais vulneráveis os indivíduos com idade ≥ 66 anos, com rendimentos até 500 €, viúvos, operários, com doença prolongada, com perceção de “má” saúde, reformados, que se sentem limitados por doença crónica e os que no último ano recorreram 6 ou mais vezes aos cuidados

de saúde primários. Em contrapartida, o grupo com melhor literacia dizia respeito aos mais jovens com idade ≤ 45 anos (Jornal Médico, 2015; Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

Segundo Espanha (cit. por Jornal Médico, 2015) esta realidade não surpreende, confirmando a perceção já existente entre a população em geral e a comunidade científica de que os portugueses têm baixos níveis de Literacia em Saúde. Sublinha que “A Literacia em Saúde encontra-se positivamente correlacionada com as práticas de literacia, sejam estas de leitura de diversas matérias, da utilização de tecnologias de informação e comunicação”.

O HLS-EU aplicado à população portuguesa demonstrou ainda que as maiores dificuldades dos inquiridos estão relacionadas com a capacidade de acesso à informação sobre promoção da saúde no local de trabalho, saúde mental, atividades benéficas para o bem-estar mental, tratamentos de doenças geradoras de preocupação, como tornar mais saudável a zona onde reside e políticas relacionadas com a saúde (Jornal Médico, 2015; Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

Segundo Espanha (cit. por Jornal Médico, 2015: s.p):

Os inquiridos percecionam dificuldades tanto em identificar temas por desconhecimento dos mesmos, como em procurar e encontrar informação sobre o que os preocupa...há outros temas relacionados com «práticas específicas de cuidados com a Saúde, que os inquiridos têm dificuldade em as encarar como tal», tais como a «dificuldade em participar em acções que visem melhorar a comunidade» e «frequentar um ginásio».

No estudo realizado entre o ano de 2011 e 2013, foram recolhidos em Portugal Continental 1180 inquéritos no intuito de avaliar a Literacia em Saúde da população portuguesa fazendo uso do HLS-EU-PT. Dos inquiridos 59.9% da amostra apresentava níveis de Literacia em Saúde “problemático” ou “inadequado” (Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016). No mesmo estudo, a Literacia em Saúde é mais baixa nas mulheres, idosos e pessoas com níveis de educação/rendimento baixos, refletindo-se o papel da Literacia em Saúde nos estilos de vida, exemplo disso foram a fraca adesão à prática de exercício físico (Saboga-Nunes, Sørensen e Rodrigues, 2015).

Com objetivo a avaliar a Literacia em Saúde no idoso, foi desenvolvido um estudo na zona norte de Portugal no âmbito do projeto “Literacia em Saúde: Um desafio na e para a terceira idade”. Foram considerados os indivíduos com idade ≥ 65 anos. Os resultados indicaram que 80% da amostra tinha um nível de literacia limitado e apenas 20% um nível de literacia adequado. As principais conclusões referem que o nível de literacia tende a ser menor no indivíduo do sexo feminino, com idade mais avançada, viúvo, com nível de escolaridade baixo e com doença crónica/física (Serrão, Veiga e Vieira, 2015).

Em Portugal o nível de Literacia em Saúde, embora ainda se encontre pouco estudado, está intimamente ligado aos níveis de literacia em geral, manifestando de forma semelhante os baixos níveis de literacia da população (Goes, Câmara, Loureiro, *et al.*, 2015).

O aumento do número de idosos é evidente no século XXI, tendo já revelado uma certa preocupação mundial a nível político, social e económico. Os baixos níveis da taxa de natalidade e o aumento da esperança de vida são o reflexo de uma sociedade cada vez mais envelhecida (Oliveira, 2010).

É igualmente de cariz relevante a constatação de maior taxa de internamento e recorrência aos serviços de saúde, dificuldade de integrar programas para a promoção da saúde e prevenção da doença, menor afluência a rastreios e consequentemente menor qualidade de vida, que posteriormente se reflete em menos ganhos em saúde (Serrão coord., 2014).

Sendo que a iliteracia em saúde afeta a saúde do indivíduo de forma negativa na sociedade em geral, o indivíduo idoso integra os grupos mais vulneráveis, cujas necessidades se encontram mais afetadas e onde a autonomia tende a perder-se naturalmente. Os efeitos da baixa Literacia em Saúde podem ser preocupantes pelo que, governos, organizações de saúde, profissionais de saúde e sociedade em geral, devem unir esforços para desenvolver ações que visem a promoção da saúde, usando métodos adequados para a implementação da educação em saúde nestes grupos vulneráveis, com o objetivo de melhorar a literacia sobre determinantes que possam afetar a saúde e assegurar uma tomada de decisão fundamentada e eficiente, refletindo-se futuramente em ganhos em saúde. (OMS org., 2010; Serrão coord., 2014; Antunes, 2014).

Torna-se fundamental neste campo respeitar a autonomia do idoso, fornecendo informação que lhe permita a tomada de decisão de forma consciente sem estar sujeito a influência, coação ou intimidação, devendo qualquer decisão tomada ser respeitada pelos profissionais, independente dos seus princípios e valores (Almeida e Aguiar, 2011).

A Literacia em Saúde é um fator relevante para a equidade e está diretamente relacionada com a saúde. Motivar o indivíduo para a sua gestão de saúde, depende também da perceção e apoio facultado pelos profissionais de saúde nesta temática, devendo estes adquirir e desenvolver competências sociais e comunicacionais que promovam melhores níveis de Literacia em Saúde na sociedade (Serrão coord., 2014).

1.4 – CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE

Nas últimas décadas, diversas ciências e profissionais na área da saúde dirigiram o seu interesse para a Literacia em Saúde (Serrão coord., 2014). Segundo Dominick, Dunsiger, Pekmezi, e Marcus (2013), investir na formação da Literacia em Saúde significa fornecer à população/comunidade informação e competências que os capacite de tomar decisões fundamentadas acerca da sua saúde e/ou em parceria com os diversos profissionais de saúde.

Segundo a DGS (2015a), o indivíduo deve ser capacitado para assumir responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e coletiva. Para tal, tem que estar informado e compreender a informação assimilada, para assim poder alterar os seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença. Apenas assim o indivíduo poderá estar capacitado para participar nas decisões que lhe dizem respeito, contribuindo para a gestão da sua saúde a nível individual e coletivo. Neste âmbito, aquando da revisão e extensão do PNS a 2020 foi proposto uma cultura de cidadania que visa a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende, sendo necessário desenvolver competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de cidadania em saúde.

Melhorar os níveis de literacia na população implica desenvolver e melhorar o acesso efetivo à educação, quer na idade escolar, quer na idade adulta. Quando isso não é possível, atingir níveis elevados de Literacia em Saúde poderá ser colocado em causa. Não considerar a Literacia em Saúde um objetivo fundamental nas políticas de saúde, poderá ter efeitos nefastos nos sistemas de saúde, mas o investimento na educação para a saúde produzirá efeitos positivos e benéficos na saúde pública da comunidade (Nutbeam, 2009).

Segundo Jordi e Jordi coord. (2013), a educação e a informação dos utentes são uma responsabilidade que todos os profissionais e responsáveis pela saúde no nosso país devem ter. A educação para a saúde da população, de forma respeitosa, justa, rigorosa e independente, é um dos maiores desafios colocados hoje em dia a todos os agentes envolvidos na saúde.

Dada a importância da temática, a revisão e extensão do PNS a 2020 integra o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, constituindo a Literacia em Saúde uma referência nuclear do plano (DGS, 2017).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermagem (2011), os enfermeiros e outros profissionais de saúde carecem de conhecimentos e aptidões para gerir a informação e auxiliar os doentes no acesso, gestão e utilização da informação. Deste modo, a educação e formação dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, deve proporcionar competências necessárias

para informar e promover a saúde a nível individual e coletivo, permitindo elaborar um trabalho em parceria, para melhor satisfazer as necessidades de saúde.

Neste intuito, o enfermeiro, como elemento ativo na comunidade, desempenha um papel primordial na capacitação do indivíduo e comunidade para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde, o que vai ao encontro dos padrões de qualidade apresentados em enunciado descritivo para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Desenvolvendo a sua prática globalizante centrada na comunidade, desempenha um papel essencial na promoção da saúde, evidenciando-se na sua prática a educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos (OE, 2010; OE, 2015a).

A promoção e a educação para a saúde devem ser encaradas como uma cultura de cidadania, exigindo uma participação ativa do cidadão. É nesta participação ativa que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública desempenha um papel relevante como agente de educação e de capacitação do indivíduo para a tomada de decisão sobre a gestão da sua própria saúde ou da saúde daqueles que dele dependem. Tal pressuposto vai ao encontro do regulamento do exercício profissional dos enfermeiros referindo que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto Lei n.º 161/96, artigo 8º-1) tendo “... como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (Decreto Lei n.º 161/96, artigo 8º-2), desenvolvendo a sua atividade como “... uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício” (Decreto Lei n.º 161/96, artigo 8º-3) (Rocha, Correia, Pestana, Bento, Preto e Lobão, 2011; OE, 2015b).

Para Bernardino, Machado, Alves, Rebouço, Pedro e Gaspar (2009) no âmbito da educação, promoção da saúde e modificação de comportamentos e atitudes, o papel do enfermeiro é muito abrangente. Em primeiro lugar, o enfermeiro necessita interpretar as necessidades de saúde individuais e da população. Posteriormente, para alcançar os objetivos não basta apenas informar, é necessário educar, transmitir conhecimentos pertinentes, dar informações sistematizadas, que de acordo com o contexto permitam instruir, permitindo ao cidadão a oportunidade de otimizar a sua saúde, adotando os comportamentos adequados ao alcance de um bem-estar físico, social e mental. Para operacionalizar esta dinâmica torna-se necessário que o enfermeiro possua capacidades de explicar e orientar o indivíduo e comunidade para as melhores decisões relacionadas com a saúde, capacitando-os para tomar as suas próprias decisões. Deste modo, o enfermeiro deve colaborar e aconselhar o indivíduo e a

comunidade a adotarem comportamentos saudáveis, corroborando com esta opinião Rocha, Correia, Pestana, Bento, Preto e Lobão (2011).

Atualmente as escolas são por excelência um local privilegiado para a melhoria da literacia, que é muito mais do que aprender. São um local propício à promoção da saúde e ao exercício da cidadania plena, assente nos valores da equidade e da universalidade. A evidência mostra-nos que as crianças com um bom início de vida aprendem melhor, têm vidas mais produtivas e contribuem ativamente para a sociedade. A saúde escolar, pelo potencial que tem para responder aos desafios que se colocam à saúde da comunidade, é cada vez mais um meio para promover na população jovem níveis de Literacia em Saúde de excelência, facilitando a tomada de decisões responsáveis e promovendo ganhos em saúde. Neste âmbito, desde 1994 que Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação, tendo em vista oferecer à população jovem um conjunto de competências que lhes permita traçar caminhos com vista à capacitação individual/comunitária para a Literacia em Saúde, onde se assume que a promoção da saúde na escola é um investimento que se traduzirá futuramente na redução dos gastos e em ganhos em saúde (Quintas, 2015).

Os enfermeiros enquanto profissionais de saúde devem ter por inerência nas suas funções, competências e sensibilidade para a promoção da saúde na comunidade, conjugando capacidades comunicativas, de cooperação e aceitação, desempenhando um importante papel na educação para a saúde. Esta representa para a enfermagem uma das áreas de atenção mais relevantes na procura da excelência no exercício profissional para a melhoria da qualidade dos cuidados, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados, para melhorar os níveis de literacia da população e assim cooperar na redução dos gastos e na obtenção de ganhos em saúde a médio e longo prazo (OE, 2010; OE, 2015a; Quintas, 2015; Ramos, Ferrão, Carlos e Martins, 2015).

A melhoria da Literacia em Saúde e o fortalecimento da participação da comunidade na promoção para a saúde são as bases para o bem-estar, promoção da saúde e prevenção da doença. A área da promoção da Literacia em Saúde e da capacitação do indivíduo/comunidade tem vindo a assumir um interesse crescente, sendo atualmente a Literacia em Saúde vista como um instrumento realmente eficaz na promoção da saúde, para a melhoria contínua dos níveis de saúde da população (Quintas, 2015; Ramos, Ferrão, Carlos e Martins, 2015). Segundo Nunes (2014: 138) “ao posicionar o cidadão em parceria, ao respeitar os seus valores e crenças, ao promover a Literacia em Saúde, os enfermeiros promovem um clima de respeito e uma cultura de cidadania”.

Para Squellati (2010) a Literacia em Saúde assume uma preocupação significativa a nível mundial. Compreender as informações de saúde é vital quando se fala de questões de acesso, qualidade, igualdade e acessibilidade aos cuidados de saúde. Se os enfermeiros não conseguirem informar e ensinar os utentes sobre as suas condições e tratamentos, os resultados serão afetados negativamente. Os enfermeiros assumem um papel essencial ao fornecer informações de forma apropriada e aplicável em situações práticas, podendo fazer a diferença ao diminuir o número de utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde e naturalmente, reduzir as desigualdades em saúde, fortalecendo o sentimento de segurança e confiança nos profissionais de saúde.

Segundo Pereira (2017), uma das atividades/funções dos enfermeiros relaciona-se com a educação para a saúde, que é imprescindível para obter ganhos em saúde. Somente com conhecimentos adequados se pode informar devidamente o indivíduo/comunidade para aumentarem os seus níveis de Literacia em Saúde e conseqüentemente poderem tomar decisões fundamentadas e adequadas sobre a sua saúde. Desde modo, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume uma grande responsabilidade em matéria de melhoria efetiva da Literacia em Saúde.

Neste contexto, a OE (2010) no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, evidencia a educação para a saúde, enunciando que o enfermeiro nesta área de especialização desenvolve competências que lhe permitem integrar e coordenar programas de saúde e desenvolver, implementar e avaliar projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados na comunidade. Conseqüentemente, integra nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diversas disciplinas, nomeadamente ao nível da enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas/sociais, promovendo a Literacia em Saúde na comunidade e assim contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades em diferentes contextos.

Também nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade do exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, a OE (2015a) realça a importância que a comunicação e a educação para a saúde assumem e caracteriza o papel do enfermeiro especialista junto dos utentes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos. A comunicação para a saúde procura melhorar os níveis de Literacia em Saúde e conseqüentemente o estado de saúde do indivíduo e população. Atualmente a informação é transmitida através de meios de comunicação e multimédia, tendo implicações tanto positivas como negativas para a saúde. Porém, a investigação demonstra que os programas de promoção da saúde, baseados na teoria da difusão da informação, pode colocar a saúde na

agenda pública, reforça as mensagens de saúde, estimula as pessoas a procurar mais informação e conseqüentemente dá origem a estilos de vida saudáveis, refletindo-se em ganhos em saúde. Em complemento, a educação para a saúde consiste numa oportunidade de aprendizagem que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a Literacia em Saúde, melhorando e reforçando os conhecimentos da população, desenvolvendo habilidades que promovem a capacitação individual e da comunidade em termos de saúde. Com a educação para a saúde o enfermeiro deve, para além da transmissão de informação, promover a motivação, competências pessoais e a autoestima necessária no indivíduo/comunidade para adotarem medidas destinadas a melhorar a saúde. A educação para a saúde inclui não só informações sobre as condições sociais, económicas e ambientais que influenciam a saúde, mas também sobre os fatores e comportamentos de risco. A educação para a saúde deve ter como objetivo melhorar os níveis de Literacia em Saúde da população, permitindo desenvolver e adquirir competências que demonstrem a capacidade do indivíduo para tomar decisões sobre a sua saúde ou em parceria com os diversos profissionais de saúde.

A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, saudável ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos/comunidade em que se insere, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (OE, 2010; OE, 2015a; OE, 2015b).

Neste contexto, promover níveis de Literacia em Saúde adequados, deve ser um princípio fundamental na prática de enfermagem, perspetivando a adoção de comportamentos saudáveis e promovendo o reconhecimento, prevenção e gestão da sua própria saúde de modo eficaz, o que implica que o indivíduo e comunidade adquiram competências para obter informação, avaliar a sua pertinência e fazer uso dela com sucesso no seu quotidiano.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

O método e técnica de investigação são delineados pelo investigador de acordo com o problema/questão que pretende estudar, orientação que quer dar ao seu trabalho e de acordo com as suas crenças, no intuito de encontrar respostas para questões precisas e, assim, adquirir novos conhecimentos (Fortin,2009).

Métodos são técnicas usadas pelo investigador para estruturar o estudo, reunir e analisar informações pertinentes à questão que se erige (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Metodologia de investigação é um processo racional de um conjunto de técnicas e meios que permitem o desenvolvimento de uma investigação. O investigador baseia-se em fundamentos filosóficos de forma a adquirir conhecimentos e delinear a investigação. “Ao escolher uma metodologia particular de investigação, o investigador adota uma visão do mundo e um fundamento filosófico” (Fortin, 2009: 18 - 19).

A fase metodológica será o momento onde o investigador define os meios a adotar para realizar a investigação, determinando o modo para obter respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses se estas existirem. De acordo com a natureza do desenho de investigação delineado, este varia consoante o objetivo em estudo, nomeadamente se pretende descrever um fenómeno, explorar ou verificar relações ou associações entre variáveis ou diferenças entre grupos (Fortin, 2009).

1.1 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Um estudo de investigação inicia-se quando o investigador procura soluções para um problema que gostaria de resolver ou contribuir para a sua resolução com a aquisição de informações relevantes. Esta fase é crucial no processo de investigação, situando-se no centro da fase conceptual, no decurso da qual se delimitam linhas de orientação e métodos de investigação (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Neste âmbito, enquanto a temática de estudo diz respeito a um aspeto particular de um domínio e a questão de investigação delinea a orientação que se pretende dar ao estudo de investigação, com a formulação do problema pretende-se reagrupar e analisar um conjunto de diferentes elementos do problema (Fortin, 2009).

Uma inadequada Literacia em Saúde é representativa de diversas implicações, o que leva à procura e receção de cuidados de saúde. Esta situação despertou o interesse em conhecer a realidade da Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro, contribuindo para a

capacitação do indivíduo na sua situação de saúde, através da implementação de projetos e programas que visam melhorar a literacia da comunidade, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Pressupostos estes vão ao encontro do enunciado descritivo de um conjunto estruturado de competências e padrões de qualidade, preconizados pela OE para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (OE, 2010; 2015a). Este deve, assim, assumir um papel primordial na comunidade, direcionando a sua atenção para esta temática, no sentido de conhecer a Literacia em Saúde, para posteriormente adequar as intervenções de enfermagem na comunidade.

Neste contexto, pretendeu-se estudar a temática **“Literacia em Saúde numa comunidade da região centro”**, que se enquadra na linha de investigação do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: estudos sobre intervenções especializadas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Como refere Fortin (2009) a pergunta de investigação deve servir de base à formulação do problema de investigação, tendo como papel determinar conceitos-chave, definir a população alvo e também sugerir uma investigação empírica.

Neste sentido, surgiu como questão de investigação: **“Qual o nível de Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro?”**.

1.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO

Segundo Fortin (2009) o enunciado dos objetivos de investigação devem indicar de forma precisa e clara o fim que o investigador pretende, fazendo parte da metodologia de orientação a ser dada à investigação para obter a informação desejada.

Com a elaboração deste estudo, os objetivos pretendidos são:

- ❖ Conhecer o nível de Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro;
- ❖ Identificar as áreas prioritárias de intervenção de acordo com a Literacia em Saúde;
- ❖ Identificar fatores que influenciam o nível de Literacia em Saúde.

1.3 – TIPO DE ESTUDO

Definir o desenho de investigação é para o investigador, no decurso da fase conceptual, um elemento primordial num estudo de investigação. O desenho de investigação define-se como

um plano/conjunto de decisões que desenham uma estrutura, que permite responder às questões/hipóteses de investigação, servindo como um guião para o investigador planificar o seu estudo para que os objetivos a que se propõe possam ser atingidos, definindo mecanismos de controlo e tendo como objetivo minimizar o risco de erro (Fortin, 2009).

No sentido de facilitar a compreensão e proporcionar uma melhor organização do estudo de investigação, o tipo de estudo foi descritivo, correlacional, transversal e quantitativo.

A abordagem metodológica usada neste estudo foi quantitativa, pretendendo realizar uma análise numérica dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados. Como refere Fortin (2009), o método quantitativo coloca a tónica na explicação e predição, assentando na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos.

Fazendo uso de um estudo quantitativo optou-se por um método do tipo descritivo-correlacional procurando, como afirma Fortin (2009), explorar relações entre variáveis com vista a descrevê-las.

Em relação à dimensão temporal, este estudo foi transversal, uma vez que se pretendeu medir um acontecimento numa população específica, num dado momento da investigação, não havendo à posteriori o seguimento dos indivíduos (Fortin, 2009).

1.4 – POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população é todo um conjunto de elementos (indivíduos ou objetos) que possuem alguma característica em comum. Em geral estes elementos são pessoas, grupos, organizações, etc. A população alvo é toda a população em que o investigador está interessado, que satisfaz os critérios de seleção definidos previamente e à qual gostaria de generalizar os resultados do estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Para avaliar a Literacia em Saúde de uma comunidade, foi definida como população os indivíduos que residem na região centro. A população alvo integrou os utentes de uma ULS da região centro (Cuidados de Saúde Hospitalares/Cuidados de Saúde Primários).

A amostra é um subconjunto ou fração de uma população selecionada para participar num estudo. Esta deve ser representativa da população, devendo todos os elementos possuir determinadas características em comum, devendo a sua constituição variar de acordo com os objetivos do estudo, constrangimentos e capacidade de acesso à população (Fortin, 2009).

Na amostragem não probabilística a seleção dos indivíduos da amostra não dá a mesma probabilidade a todos os elementos da população para formar a amostra. Apesar de o risco desta não ser representativa da população, no que concerne à generalização dos resultados, este tipo

de amostragem é muitas vezes utilizada dado que a população inteira raramente é acessível (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Utilizou-se o método de amostragem não probabilístico por acessibilidade, atendendo à facilidade de acesso aos participantes aos quais foi aplicado o instrumento de colheita de dados, considerando como critérios de inclusão ter idade \geq a 18 anos, saber ler e escrever, responder ao questionário por autopreenchimento e responder voluntariamente. Como critérios de exclusão, não residir na região centro e não cumprir os critérios que o HLS-EU-PT preconiza para permitir avaliar a Literacia em Saúde (descritos no ponto 1.6).

A determinação dos critérios de inclusão/exclusão deveu-se a razões metodológicas, procurando garantir a colaboração/compreensão dos utentes que integraram a amostra para o correto preenchimento do instrumento de colheita de dados.

De acordo com a Secretaria Geral do Ministério da Administração Interna (2017a; 2017b) numa comunidade da região centro, tendo como referência o dia 31 de dezembro de 2016, o número de eleitores inscritos no recenseamento eleitoral apurados de acordo com as circunscrições de recenseamento definidas no artigo 8.º da Lei n.º 13/99, de 22 de março (indivíduos com idade \geq a 18 anos), perfazia um total de 160104 indivíduos. Mais recentemente, tendo como referência o dia 15 de Junho de 2017, o número de eleitores inscritos no recenseamento eleitoral apurados, de acordo com as circunscrições de recenseamento, perfazia um total de 158844 indivíduos.

A amostra integrou utentes que recorreram a uma ULS da região centro (Cuidados de Saúde Hospitalares/Cuidados de Saúde Primários) no período de 15 de Maio a 15 de Julho de 2017 e que cumpriram os critérios de inclusão. Perfez um total de 383 questionários, dos quais 40 foram excluídos da análise estatística por não cumprirem os critérios que o questionário europeu de literacia para a saúde, HLS-EU-PT, traduzido e validado para Portugal por Saboga-Nunes e Sørensen em 2013, preconiza para permitir avaliar a Literacia em Saúde.

1.5 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Em qualquer estudo de investigação as variáveis são unidades base. Podemos definir as variáveis como qualidades, atributos ou características da população que estudamos, que variam e são suscetíveis de mudar no tempo. As variáveis assumem qualidades ou características às quais se atribuem valores, podendo ser medidas, manipuladas ou controladas (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009) as variáveis podem ser classificadas de acordo com o papel que as mesmas vão assumir num estudo de investigação, podendo ser independentes, dependentes, de investigação, atributo ou estranhas, devendo ser definidas não somente de forma conceptual, mas também de forma operacional com vista a permitir a sua mensuração.

Para este estudo foram definidos dois tipos de variáveis: dependentes e independentes, tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada acerca da temática e das características da amostra que integrou o estudo.

A variável dependente deste estudo foi a “Literacia em Saúde” que foi avaliada fazendo uso da versão portuguesa autorizada do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde *Health Literacy Survey in Portuguese* (HLS-EU-PT), traduzido e validado para Portugal por Saboga-Nunes e Sørensen em 2013 (ANEXO I).

Tendo em conta as características da amostra e os objetivos do estudo, as variáveis independentes consideradas foram: idade, sexo, estado civil, residência, nível académico mais elevado que possui, condição principal atual perante o trabalho, situação profissional que tem (ou tinha) na empresa ou organização em que trabalha (ou trabalhava), rendimento mensal líquido do seu agregado familiar e como classifica a sua saúde.

Idade

Esta variável tem um significado cronológico e foi operacionalizada em anos completos no momento em que foi aplicado o questionário. Foi utilizada uma pergunta aberta onde o utente coloca a sua idade em anos.

Sexo

Foi elaborada uma questão dicotómica com duas possibilidades de resposta (feminino ou masculino).

Estado civil

A operacionalização desta variável foi realizada através de uma pergunta fechada, de escolha única com quatro opções de resposta: solteiro (a), casado (a) ou união de facto, separado (a) ou divorciado (a) e viúvo (a).

Residência

Para operacionalizar esta variável foi formulada uma questão fechada e dicotómica: meio urbano ou meio rural.

Nível académico mais elevado que possui (geralmente através de um certificado ou diploma)

A operacionalização desta variável foi efetuada através de uma pergunta fechada, de escolha única, tendo como referência a sugestão do estudo da validação para Portugal no contexto da validade convergente da construção do HLS-EU-PT, com os seguintes indicadores: nível 0 (pré-escolar), nível 1 (escola primária e/ou ciclo preparatório; 1º ciclo ou 2º ciclo do ensino básico), nível 2 (5º ano do liceu; 3º ciclo do ensino básico), nível 3 (ensino secundário), nível 4 (bacharelato ou licenciatura de Bolonha), nível 5 (licenciatura antiga) e o nível 6 (pós-graduação: curso de especialização, mestrado ou doutoramento).

Condição principal atual perante o trabalho

Esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta fechada, de escolha única, tendo como referência o estudo levado a cabo por Espanha, Ávila e Mendes (2016) com os seguintes indicadores: trabalha a tempo completo, trabalha a tempo parcial, está desempregado(a) com subsídio, está desempregado(a) sem subsídio, reformado(a), doméstica, estudante, está incapacitado permanentemente para o trabalho, outra situação: indique qual e não sabe/não responde.

Situação profissional que tem (ou tinha) na empresa ou organização em que trabalha (ou trabalhava)

Pretendeu-se conhecer a atividade profissional do utente com elaboração de uma pergunta aberta. As respostas foram agrupadas tendo como referência a Classificação Portuguesa de Profissões 2010 do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), que integra o mais recente quadro internacional. A estrutura da classificação integra os seguintes grupos:

- **Grupo 0** - Profissões das forças armadas;
- **Grupo 1** - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos;
- **Grupo 2** - Especialistas das atividades intelectuais e científicas;
- **Grupo 3** - Técnicos e profissões de nível intermédio;
- **Grupo 4** - Pessoal administrativo;
- **Grupo 5** - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;
- **Grupo 6** - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;
- **Grupo 7** - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;
- **Grupo 8** - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;

- **Grupo 9** - Trabalhadores não qualificados.

Por as profissões doméstica e estudante, não integrarem a referida classificação, considerou-se ser necessário criar dois grupos para integrar o tratamento estatístico:

- **Grupo 10** – Doméstica;
- **Grupo 11** – Estudante.

Rendimento mensal líquido do seu agregado familiar

A operacionalização desta variável foi efetuada através de uma pergunta fechada, de escolha única tendo como referência o estudo levado a cabo por Espanha, Ávila e Mendes (2016) com os seguintes indicadores: $\leq 500\text{€}$, 501 a 1000€, 1001 a 1500€, 1501 a 2000€, 2001 a 2500€, 2501 a 4000€, $>4001\text{€}$ e não sabe/não responde.

Como classifica a sua saúde

Foi elaborada uma questão de escolha única com as seguintes opções de resposta: ótima, boa, razoável, má e muito má.

1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

No decorrer da fase metodológica, o investigador define os meios necessários para levar a cabo a investigação, de acordo com os objetivos preconizados. A escolha do método de colheita de dados depende das variáveis estudadas e da sua operacionalização, prevendo dificuldades e problemas que o instrumento de dados poderá suscitar aquando da sua aplicação e delineando nesta etapa o método de análise estatística a utilizar no tratamento de dados (Fortin, 2009).

Dos diversos instrumentos de medida possíveis de utilizar, a escolha recaiu sobre um questionário de autopreenchimento em formato de papel. O questionário foi composto por duas partes, sendo acompanhado por um breve resumo dos objetivos do estudo e do consentimento informado e esclarecido (APÊNDICE I e II).

A primeira parte do questionário englobou questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda parte integrou o Questionário Europeu de Literacia para a Saúde HLS-EU-PT, traduzido e validado para Portugal por Saboga-Nunes e Sørensen em 2013 (ANEXO I).

Um grupo de peritos profissionais, coordenados pela Universidade de *Maastricht*, deu origem ao *Health Literacy Survey Consortium – EU*, para criar e desenvolver um instrumento que aferisse os níveis de Literacia em Saúde de uma forma mais próxima às definições atuais do conceito. Neste contexto de investigação, em 2012 foi desenvolvida a operacionalização do conceito de Literacia em Saúde e proposto um modelo conceptual como instrumento da medida da Literacia em Saúde em amostras de oito Estados-Membros Europeus a partir da aplicação do *European Health Literacy Survey (HLS-EU)* (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen, Van den Broucke, Pelikan, *et al.*, 2013; Saboga-Nunes, Sørensen e Pelikan, 2014; Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016; Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Health Literacy Europe, 2017). A tradução, adaptação e validação do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde *Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT)* foi efetuada por Saboga-Nunes e Sørensen em 2013 (Saboga-Nunes, Sørensen, Pelikan, Cunha, Rodrigues e Paixão, 2014; Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Tendo em conta o processo de elaboração do instrumento de dados e apesar do instrumento se aferir por autoperceção, assume-se que este, efetivamente, avalia o nível de Literacia em Saúde e que segue a tendência descrita na literatura para avaliar este tipo de questão objetiva (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen, Van den Broucke, Pelikan, *et al.*, 2013; Saboga-Nunes, 2014; Saboga-Nunes, Sørensen, Pelikan, Cunha, Rodrigues e Paixão, 2014; Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

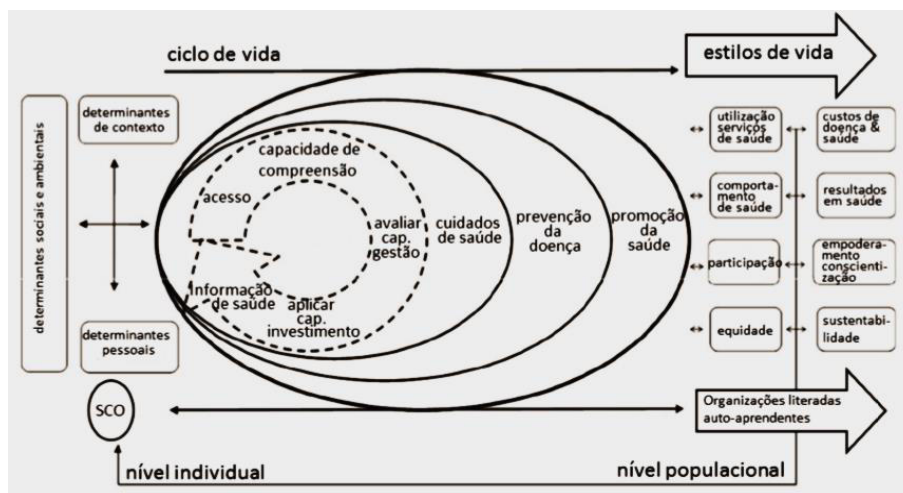
PARTE I - Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica da amostra foi efetuada através de 9 questões. As variáveis em estudo são a idade, sexo, estado civil, residência, nível académico mais elevado que possui, condição principal atual perante o trabalho, situação profissional que tem (ou tinha) na empresa ou organização em que trabalha (ou trabalhava), rendimento mensal líquido do seu agregado familiar e como classifica a sua saúde.

PARTE II – Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT)

O *HLS-EU Consortium* identificou um conjunto de competências básicas: informação e conhecimento, competências cognitivas gerais, papéis sociais, gestão médica, estilos de vida saudáveis, competências motivacionais, atitudes e valores. O *HLS-EU-PT* é composto por 47 questões, construído a partir do modelo conceptual e integrando 3 dimensões muito importantes da saúde: Cuidados de saúde (questão 1 à 16), Prevenção da doença (questão 17 a 32) e Promoção da saúde (questão 33 a 47), com 4 níveis de processamento da informação – acesso, compreensão, avaliação e utilização – essenciais à tomada de decisão (Fig. 1).

Figura 1 – Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da literacia para a saúde



Fonte: Saboga-Nunes, L. (2014). *Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva*:95

Da interligação destas dimensões resulta uma matriz de 12 subíndices que se encontram operacionalizados nas 47 questões que compõem o questionário (Fig.2). Fazendo uso de uma escala de autoavaliação de 4 níveis (de muito fácil a muito difícil), o indivíduo mede a dificuldade sentida na concretização das tarefas apresentadas relevantes em saúde. Foram definidos níveis para os quatro índices (geral, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), que dividiram os *scores* em quatro categorias: “inadequada”, “problemática”, “suficiente” e “excelente” (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen, Van den Broucke, Pelikan, *et al.*,2013; Saboga-Nunes, 2014; Saboga-Nunes, Sørensen, Pelikan, Cunha, Rodrigues e Paixão, 2014; Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Figura 2 – Matriz dos subíndices de Literacia em Saúde baseadas no modelo conceptual do HLS-EU, utilizadas na construção do questionário

Literacia em saúde	Aceder/Obter informação relevante para a saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar/Julgar/Avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar/Utilizar a informação relevante para a saúde
Cuidados de saúde	1) Capacidade de acesso a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	2) Capacidade de compreensão da informação médica e do seu significado	3) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações médicas	4) Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção da doença	5) Capacidade de acesso a informação sobre fatores de risco	6) Capacidade de compreensão dos fatores de risco e do seu significado	7) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações relacionadas com os fatores de risco	8) Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção da saúde	9) Capacidade de atualização sobre questões de saúde	10) Capacidade de compreensão da informação relacionada com a saúde e do seu significado	11) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações sobre questões relacionadas com a saúde	12) Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

Fonte: Pedro, A. R.; Amaral, O. e Escoval, A. (2016). *Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health LiteracySurvey em Portugal*: 265

Consistência interna do questionário de Literacia em Saúde

A fiabilidade deste instrumento, cujo objetivo é avaliar a Literacia em Saúde na comunidade, foi estudada através da análise da consistência interna do geral e das suas três dimensões. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alpha de Cronbach*. O coeficiente pode apresentar uma amplitude de resultados entre 0 e 1, sendo que quanto mais elevado o resultado, maior é a consistência interna da escala ou dimensão e, consequentemente, mais os enunciados dos respetivos itens estão correlacionados, ou seja, maior é a homogeneidade das respostas aos itens do global ou da dimensão do questionário. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas, principalmente em escalas tipo *Likert* e, de acordo com vários autores, nomeadamente, Nunnally (1978) citado por Maroco e Garcia-Marques (2006), resultados iguais ou superiores a 0.70 são indicadores de boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente, quando o número de itens envolvidos é reduzido, tal como referiu DeVellis (1991) também citado por Maroco e Garcia-Marques (2006).

Baseado no coeficiente de *alpha de Cronbach*, para a versão portuguesa do HLS-EU-PT, os coeficientes nos índices oscilaram entre 0.90 e 0.96 classificando-se de muito bons, sendo o coeficiente de 0.96 no índice Literacia em Saúde geral (Saboga-Nunes, Sørensen, Pelikan, Cunha, Rodrigues e Paixão, 2014; Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Os resultados apresentados no quadro 1 permitem constatar que, tanto no geral como nas dimensões do questionário, foram observados valores ligeiramente superiores aos obtidos pelos autores que procederam à validação do questionário para a população portuguesa. Pode-se, assim, concluir que o questionário apresentou muito boa consistência interna e, consequentemente, considerar que, no presente estudo, este instrumento evidenciou muito boa fiabilidade.

Quadro 1 – Consistência interna do questionário de Literacia em Saúde

Literacia em Saúde	N.º de itens	<i>alpha de Cronbach</i>	
		No estudo	Autores
Literacia em saúde geral	47	0.97	0.96
Literacia em cuidados de saúde	16	0.93	0.90
Literacia em prevenção da doença	16	0.91	0.90
Literacia em promoção da saúde	15	0.94	0.91

Interpretação dos resultados do questionário

Para melhor esclarecimento sobre a interpretação dos dados obtidos com a aplicação do HLS-EU-PT, foi contactado via *email* o autor responsável pela validação do HLS-EU-PT (APÊNDICE III).

Segundo HLS-EU Consortium (2012), Pedro, Amaral e Escoval (2016) e Saboga-Nunes (ANEXO II) a interpretação segue um *cut-off* criando 4 categorias de acordo com pontos de corte. Foram definidos níveis para os quatro índices (geral, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), que dividiram os *scores* em quatro categorias: “inadequada”, “problemática”, “suficiente” e “excelente”.

Segundo Saboga-Nunes (ANEXO II) e o HLS-EU Consortium (2012) a forma de calcular os *scores* para a definição dos quatro níveis de Literacia em Saúde, segue o conceito do HLS-EU. Foram construídos diferentes subíndices com base nos valores médios dos itens de Literacia em Saúde. Numa primeira fase, apurados os índices para as três dimensões da Literacia em Saúde: cuidados de saúde (16 itens), prevenção da doença (16 itens) e promoção da saúde (15 itens), paralelamente foi calculado o índice de saúde geral que compreende o total dos 47 itens. Para o cálculo dos índices, os itens foram invertidos, assim valores mais elevados demonstram maior Literacia em Saúde com os seguintes valores numéricos: 1= muito difícil; 2= difícil; 3= fácil; 4= muito fácil. Os 4 índices calculados foram uniformizados numa escala métrica variável entre 0 e 50, aplicando a seguinte fórmula:

- **Índice LS** = (média - 1) * (50/3)
- **Índex** = valor específico calculado
- **Média** = média de todos os itens considerados para cada indivíduo
- **1** = Valor mínimo de média possível (conduz a um valor mínimo de índex de 0)
- **3** = Variação da média
- **50** = Valor máximo escolhido

Os níveis foram padronizados, apresentando um valor de 0 a 50, em que 0 representa o mínimo de Literacia em Saúde possível e 50 representa o melhor valor possível de Literacia em Saúde. Para os 4 níveis foram identificados os seguintes pontos de corte (HLS-EU Consortium, 2012; Saboga-Nunes, Sørensen, Pelikan, Cunha, Rodrigues e Paixão, 2014; Pedro, Amaral e Escoval, 2016):

- **≤ 25 pontos** = Literacia em Saúde inadequada;
- **> 25 ≤ 33 pontos** = Literacia em Saúde problemática;
- **> 33 pontos ≤ 42 pontos** = Literacia em Saúde suficiente;
- **>42 – 50 pontos** = Literacia em Saúde excelente.

Ao analisar o instrumento de dados, fornecido pelo autor da validação do HLS-EU-PT para Portugal, observou-se que tinha uma escala de 5 valores (muito fácil, fácil, difícil, muito difícil e não sabe/não responde) para o indivíduo que responde ao questionário com o objetivo de caracterizar o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde, ao invés de uma escala de 4 valores (muito fácil, fácil, difícil e muito difícil) conforme o questionário original do HLS-EU. Não conseguindo qualquer bibliografia que justificasse a existência do quinto valor no questionário validado para Portugal, foi esclarecido o assunto com o autor (ANEXO III). O item 5 da escala (não sabe/não responde) é fundamental no tratamento estatístico, sendo a fórmula de cálculo dos níveis de literacia igual. Porém, a partir de uma certa quantidade de respostas no item 5 o questionário não entra no tratamento estatístico, sendo eliminado. Segundo Saboga-Nunes, existe um limite máximo de respostas Não responde/Não sabe, que leva a que o questionário seja excluído da análise conservadora. Esse limite é pelo menos 80%. Assim, o mínimo recomendado de respostas é 43 em 47. Embora na totalidade o indivíduo tenha de responder a 43 das 47 perguntas, o questionário apenas é validado se:

- Na 1ª dimensão obtiver 15 respostas das 16 preconizadas;
- Na 2ª dimensão obtiver 14 respostas das 16 preconizadas;
- Na 3ª dimensão obtiver 14 respostas das 15 preconizadas.

Qualquer outra situação que se possa observar e conseqüentemente não cumpra os critérios estabelecidos, leva a que o questionário seja eliminado do tratamento estatístico.

Após pesquisa bibliográfica considerou-se pertinente integrar na elaboração do instrumento de colheita de dados o questionário europeu de literacia para a saúde HLS-EU-PT, traduzido e validado para Portugal. Foi elaborado um pedido formal de autorização ao autor do HLS-EU-PT, para poder integrar o questionário no instrumento de colheita de dados (APÊNDICE IV) tendo o autor autorizado (ANEXO IV).

Antes de apresentar a proposta de plano de trabalho ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Ética de uma ULS da região centro, no dia 29 de Abril de 2017, foi realizado um pré-teste ao instrumento de colheita de dados, sendo aplicado aleatoriamente a 10 utentes de uma região centro, não tendo feito parte da amostra por opção do investigador.

Segundo Fortin (2009) o pré-teste é um modo de testar e verificar a eficácia do instrumento de colheita de dados junto a uma pequena amostra (10 a 20 pessoas) da população alvo, permitindo a possibilidade de descobrir alguns defeitos do instrumento e fazer as correções antecipadamente antes da sua aplicação. Para Polit, Beck e Hungler (2004) é um ensaio para

determinar se o instrumento de colheita de dados foi feito com clareza, se é imparcial e útil na recolha dos dados pretendidos.

Não se tendo observado dificuldades, quer na interpretação quer no preenchimento do questionário, o instrumento integrou a proposta de trabalho apresentada ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Ética de uma ULS da região centro, para parecer e autorização para a colheita de dados.

1.7 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

No decorrer de um estudo de investigação na área da saúde, as considerações éticas devem receber a adequada e particular atenção. Uma exigência da conduta ética, ao longo da investigação, deve estar sempre presente e fundamentada nos princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

A possibilidade de existir em algumas questões de pesquisa, conflitos no rigor científico, levou ao desenvolvimento de códigos de ética no sentido de orientar o trabalho do investigador e ajudar as comissões de ética a avaliar as suas ações (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Ao longo do estudo procurou-se responder a todas as questões éticas/deontológicas de forma a não lesar qualquer interveniente. Para um correto desenvolvimento de todas as etapas do estudo, foi elaborada uma proposta de plano de trabalho e realizado um pedido de autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração de uma ULS da região centro, a solicitar autorização para efetuar a recolha de dados, garantindo não colocar em causa o bom funcionamento da instituição (APÊNDICE V). A proposta de plano de trabalho foi submetida ao parecer da Comissão de Ética de uma ULS da região centro, tendo obtido o parecer favorável e a respetiva autorização formal para prosseguir com o estudo e a colheita de dados (ANEXO V).

Aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados, foi fornecido o consentimento informado e esclarecido aos intervenientes da amostra, explicando-lhes o objetivo do estudo e a importância da sua participação. No consentimento informado e esclarecido ficou, ainda, salvaguardada a participação voluntária dos intervenientes, a confidencialidade da informação recolhida e a garantia do anonimato e privacidade do participante. Foi garantido que os intervenientes poderiam ter acesso aos resultados se assim o pretendessem, contactando a autora do estudo (APÊNDICE II).

1.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizou-se técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 23 de 2016.

As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética, média ordinal e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficientes (*alpha* de *Cronbach* e de *Spearman*) e testes estatísticos (*U* de *Mann-Whitney*, teste *Kruskal-Wallis*, significância do coeficiente de correlação de *Spearman* e *Kolmogorov-Smirnov*, como teste de normalidade).

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente, dos testes atendeu-se às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Pestana e Gageiro (2005) e Maroco (2007). A opção por testes não paramétricos justifica-se, principalmente, pelo facto de a variável central do estudo (literacia em saúde) não apresentar distribuição normal no geral e em todas as suas dimensões ($p < 0.001$).

Para todos os testes foi fixado o valor 0.05 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor fixado, ou seja, quando $p < 0.05$, ou seja, $p < 5\%$.

Para uma melhor apresentação e interpretação dos dados obtidos, recorrendo ao instrumento informático SPSS, foram realizados diversos quadros, que serão apresentados no ponto a que diz respeito a análise dados.

2 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS

Seguidamente procedeu-se à análise e apresentação dos dados colhidos através da aplicação do questionário elaborado e dos resultados obtidos com a aplicação das medidas e técnicas estatísticas usadas para sistematizar a informação e para identificar fatores que podem influenciar o nível de Literacia em Saúde da comunidade.

Iniciou-se pela análise e apresentação descritiva e seguidamente à interpretação dos resultados obtidos ao cruzar a informação da Literacia em Saúde com a informação das outras variáveis presentes no estudo.

Observando os dados e resultados apresentados nos quadros 2 e 2.1 pode-se conhecer as características sociodemográficas dos elementos que integraram a amostra em estudo.

Verificou-se que os 343 utentes apresentavam idades compreendidas entre 18 e 93 anos, sendo a idade média 48.70 ± 16.56 anos. Constatou-se, também, que 20.4% tinham idades entre 30 e 40 anos, seguidos de 19.8% que pertenciam ao grupo etário dos 60 aos 70 anos, de 18.7% cujas idades se situavam entre 50 e 60 anos e de 17.8% que tinham idades compreendidas entre 40 e 50 anos. Metade dos elementos da amostra tinham idades iguais ou superiores a 48 anos (idade mediana) e o teste de normalidade revelou que a distribuição de frequências das idades se afastou significativamente das características de uma distribuição normal ou gaussiana ($p < 0.001$).

A maioria dos inquiridos, concretamente 61.2%, era dos sexo feminino e, também, a maioria (65.9%) referiu o estado civil de casado/a ou união de facto.

Constatou-se que a maior parte dos elementos da amostra, exatamente 64.4%, residiam em meio urbano.

Relativamente ao nível académico, verificou-se que 28.3% dos inquiridos possuíam o ensino secundário, seguindo-se 21.0% que tinham, apenas, o nível primário ou o 1.º ciclo do ensino básico ou, ainda, o 2.º ciclo do mesmo nível de ensino. Verificou-se, ainda, que 16.9% possuíam licenciatura pré-Bolonha e que 15.7% possuíam pós-graduação, curso de especialização, mestrado ou doutoramento.

Quanto à condição perante o trabalho, os dados revelaram que a maioria dos utentes (62.1%) trabalhava a tempo completo, seguidos de 21.6% que estavam reformados. Questionados acerca da profissão que tinham no momento em que foram inquiridos ou que tinham anteriormente, 32.7% referiram profissões classificadas como especialistas das atividades intelectuais e científicas, seguidos de 18.4% que eram/foram trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores e de 10.2% que eram/foram técnicos e profissionais de nível intermédio.

No que concerne ao rendimento mensal líquido do agregado familiar, 29.4% dos inquiridos referiram valores entre 501 e 1000 euros, seguidos de 21.6% que referiram montantes entre 1001 e 1500 euros, de 14.0% que indicaram rendimentos iguais ou inferiores a 500 euros e de 12.2% que tinham rendimentos entre 1501 e 2000 euros.

Solicitados a classificar o seu estado de saúde 46.1% dos elementos da amostra afirmaram que era boa, seguindo-se 40.8% que afirmaram que tinham uma saúde razoável.

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra (n = 343)

Variável	n	%
Grupo etário		
<20	2	0.6
[20-30[	44	12.8
[30-40[	70	20.4
[40-50[	61	17.8
[50-60[	64	18.7
[60-70[	68	19.8
[70-80[	22	6.4
≥ 80	12	3.5
$\bar{x} = 48.70$; $Md = 48.00$; $s = 16.56$; $x_{\min} = 18$; $x_{\max} = 93$; $p < 0.001$		
Sexo		
Masculino	133	38.8
Feminino	210	61.2
Estado civil		
Solteiro/a	85	24.8
Casado/a; União de facto	226	65.9
Separado/a; Divorciado/a	16	4.7
Viúvo/a	16	4.7
Residência		
Rural	122	35.6
Urbana	221	64.4
Nível académico		
Nível 1 (Escola primária e/ou Ciclo Preparatório, 1º Ciclo ou 2º Ciclo do Ensino Básico)	72	21.0
Nível 2 (5º ano do liceu, 3º Ciclo do Ensino Básico)	30	8.7
Nível 3 (Ensino Secundário)	97	28.3
Nível 4 (Bacharelato ou Licenciatura de Bolonha)	32	9.3
Nível 5 (Licenciatura antiga)	58	16.9
Nível 6 (Pós-graduação, Curso de Especialização, Mestrado ou Doutoramento)	54	15.7

Quadro 2.1 – Caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra – continuação
(n = 343)

Variável	n	%
Condição perante o trabalho		
Trabalho a tempo completo	213	62.1
Trabalho a tempo parcial	10	2.9
Está desempregado(a) com subsídio	4	1.2
Está desempregado(a) sem subsídio	11	3.2
Reformado(a)	74	21.6
Doméstica	3	0.9
Estudante	24	7.0
Está incapacitado permanentemente para o trabalho	4	1.2
Profissão que tem ou tinha		
Profissões das Forças Armadas	0	0.0
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	15	4.4
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	112	32.7
Técnicos e profissionais de nível intermédio	35	10.2
Pessoal administrativo	21	6.1
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	63	18.4
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e da pesca e da floresta	11	3.2
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	22	6.4
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	13	3.8
Trabalhadores não qualificados	6	1.7
Domésticas	20	5.8
Estudantes	25	7.3
Rendimento mensal líquido do agregado familiar		
≤500€	48	14.0
501 a 1000€	101	29.4
1001 a 1500€	74	21.6
1501 a 2000€	42	12.2
2001 a 2500€	24	7.0
2501 a 4000€	25	7.3
>4001€	12	3.5
Não sabe/ Não responde	17	5.0
Classificação do estado de saúde		
Ótima	20	5.8
Boa	158	46.1
Razoável	140	40.8
Má	21	6.1
Muito má	4	1.2

Os dados e resultados que constituem o quadro 3 permitiram obter informação acerca da Literacia em Saúde evidenciada pelos inquiridos e, conseqüentemente, concretizar o objetivo «Conhecer o nível de Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro».

Verificou-se que, em termos gerais, 46.9% dos elementos da amostra evidenciaram um nível problemático de Literacia em Saúde, seguidos de 26.2% que revelaram possuir inadequada Literacia em Saúde. Numa escala que poderia variar entre 0 e 50 pontos, observaram-se valores entre 7.61 e 49.65 pontos, sendo a média 29.34 ± 7.60 pontos. Metade dos utentes apresentou resultados inferiores a 28.72 pontos.

No âmbito da dimensão cuidados de saúde, 40.5% dos inquiridos revelaram literacia problemática, seguidos de 28.9% que revelaram possuir literacia suficiente e de 23.0% que evidenciaram literacia inadequada. Foram observadas pontuações entre 5.21 e 50.00 pontos, sendo o valor médio 29.17 ± 7.93 pontos. Para metade dos elementos da amostra observaram-se pontuações inferiores a 29.17 pontos.

Na dimensão prevenção da doença, constatou-se que 46.7% dos utentes revelaram literacia problemática, seguindo-se 34.1% que evidenciaram literacia inadequada. Foram observadas pontuações entre 3.57 e 50.00 pontos e um valor médio de 27.47 ± 7.94 pontos. Verificou-se, ainda, que 50% dos inquiridos obtiveram pontuações inferiores a 27.78 pontos.

Relativamente à dimensão promoção da saúde, constatou-se que 41.7% dos utentes evidenciaram literacia problemática, seguidos de 28.0% que foram classificados como tendo literacia inadequada. Foram observadas pontuações entre 8.33 e 50.00 pontos tendo como valor médio 30.00 ± 8.69 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve pontuações inferiores a 29.17 pontos.

A aplicação do teste de normalidade revelou que, quer no geral quer em cada uma das dimensões, as distribuições de frequências afastaram-se significativamente das características da curva normal ($p < 0.001$).

Relativamente ao objetivo atrás mencionado e tendo por base os dados e resultados apresentados, pode-se afirmar que a comunidade da qual faz parte a amostra evidenciou baixa Literacia em Saúde sendo esta situação mais evidente na dimensão prevenção da doença.

Assim e tendo em consideração o objetivo «Identificar as áreas prioritárias de intervenção de acordo com o nível de Literacia em Saúde» pode-se afirmar que as intervenções tendentes a melhorar a situação observada deverão incidir sobre todos os índices da literacia com principal ênfase na dimensão prevenção da doença.

Quadro 3 – Caracterização da Literacia em Saúde dos elementos da amostra (n = 343)

Variável	n	%
Literacia em saúde geral		
Inadequada	90	26.2
Problemática	161	46.9
Suficiente	67	19.5
Excelente	25	7.3
$\bar{x} = 29.34$; Md = 28.72; s = 7.60; $x_{\min} = 7.61$; $x_{\max} = 49.65$; p < 0.001		
Literacia em cuidados de saúde		
Inadequada	79	23.0
Problemática	139	40.5
Suficiente	99	28.9
Excelente	26	7.6
$\bar{x} = 30.43$; Md = 29.17; s = 7.93; $x_{\min} = 5.21$; $x_{\max} = 50.00$; p < 0.001		
Literacia em prevenção da doença		
Inadequada	117	34.1
Problemática	160	46.7
Suficiente	47	13.7
Excelente	19	5.5
$\bar{x} = 27.47$; Md = 27.78; s = 7.94; $x_{\min} = 3.57$; $x_{\max} = 50.00$; p < 0.001		
Literacia em promoção da saúde		
Inadequada	96	28.0
Problemática	143	41.7
Suficiente	65	18.9
Excelente	39	11.4
$\bar{x} = 30.00$; Md = 29.17; s = 8.69; $x_{\min} = 8.33$; $x_{\max} = 50.00$; p < 0.001		

Seguidamente analisam-se e apresentam-se os resultados tendentes a atingir o objetivo «Identificar fatores que influenciam o nível de Literacia em Saúde».

Os resultados que se apresentam no quadro 4 foram obtidos através do estudo da correlação entre os dados obtidos para a Literacia em Saúde e a idade dos inquiridos. Para este fim, aplicou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* e o respetivo teste de significância. Verificou-se que todas as correlações são fracas (coeficiente próximo de zero) e a única que pode ser considerada estatisticamente significativa é a existente entre a dimensão cuidados de saúde e a idade dos inquiridos (p = 0.005). Atendendo a que esta correlação é negativa pode-se concluir que os inquiridos mais velhos tendem a evidenciar menor literacia na dimensão cuidados de saúde.

Quadro 4 – Correlação entre a Literacia em Saúde e a idade

Literacia em saúde	Idade		
	N	r_s	p
Literacia em saúde geral	343	-0.10	0.065
Literacia em cuidados de saúde	343	-0.15	0.005
Literacia em prevenção da doença	343	-0.09	0.084
Literacia em promoção da saúde	343	-0.07	0.178

No quadro 5 apresentam-se os resultados da comparação da Literacia em Saúde em função do sexo dos inquiridos. Estes resultados foram obtidos através da aplicação do teste U de *Mann-Whitney*.

Como se pode verificar nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ($p > 0.05$), ou seja, não existem evidências de que a literacia seja influenciada pelo sexo dos utentes.

Quadro 5 – Comparação da Literacia em Saúde em função do sexo

Literacia em saúde Sexo	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	z	p
Literacia em saúde geral						
Masculino	133	173.15	29.49	28.72	-0.171	0.864
Feminino	210	171.27	29.25	28.72		
Literacia em cuidados de saúde						
Masculino	133	180.20	31.04	30.21	-1.221	0.222
Feminino	210	166.80	30.04	29.17		
Literacia em prevenção da doença						
Masculino	133	172.86	27.63	27.78	-0.129	0.898
Feminino	210	171.45	27.38	27.78		
Literacia em promoção da saúde						
Masculino	133	166.95	29.69	28.13	-0.751	0.453
Feminino	210	175.20	30.20	29.17		

A comparação da Literacia em Saúde em função do estado civil dos inquiridos, através da aplicação do teste *Kruskal-Wallis*, permitiu obter os resultados que se apresentam no quadro 6. Para realizar este estudo houve a necessidade de agrupar alguns estados civis para, deste modo, obter grupos com número representativo de elementos.

Como se pode constatar existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão cuidados de saúde ($p= 0.033$) e na dimensão prevenção da doença ($p= 0.045$). Comparando os valores observados para as medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) verificou-se que os utentes solteiros evidenciam melhor literacia em cuidados de saúde e prevenção da doença que os utentes casados ou em união de facto e que os inquiridos separados, divorciados ou viúvos. Estes factos permitem concluir que o estado civil dos utentes é fator influenciador da Literacia em Saúde.

Quadro 6 – Comparação da Literacia em Saúde em função do estado civil

Literacia em saúde Estado civil (agrupado)	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
Literacia em saúde geral						
Solteiro/a	85	191.78	31.26	29.43		
Casado/a ou União de facto	226	166.48	28.87	28.72	4.681	0.096
Separado/a, divorciado/a ou viúvo/a	32	158.44	27.63	28.44		
Literacia em cuidados de saúde						
Solteiro/a	85	195.12	32.59	31.25		
Casado/a ou União de facto	226	166.30	29.98	29.17	6.845	0.033
Separado/a, divorciado/a ou viúvo/a	32	150.83	27.85	29.17		
Literacia em prevenção da doença						
Solteiro/a	85	193.17	29.49	28.89		
Casado/a ou União de facto	226	167.37	26.99	27.58	6.183	0.045
Separado/a, divorciado/a ou viúvo/a	32	148.47	25.52	26.11		
Literacia em promoção da saúde						
Solteiro/a	85	186.49	31.57	29.17		
Casado/a ou União de facto	226	166.70	29.50	28.13	2.471	0.291
Separado/a, divorciado/a ou viúvo/a	32	170.95	29.37	28.65		

Utilizando o teste U de *Mann-Whitney* procedeu-se à comparação da Literacia em Saúde em função da residência dos inquiridos tendo-se obtido os resultados que se apresentam no quadro 7. Como se pode constatar existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$), quer na Literacia em Saúde geral quer nas dimensões cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. Comparando os valores observados para as medidas de tendência central verificou-se que os elementos da amostra que residiam em meio urbano evidenciam melhor Literacia em Saúde. Consequentemente, pode-se afirmar que o meio de residência influencia de forma significativa a Literacia em Saúde da comunidade.

Quadro 7 – Comparação da Literacia em Saúde em função da residência

Literacia em saúde Residência	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	z	p
Literacia em saúde geral						
Rural	122	137.72	26.68	26.95	-4.758	<0.001
Urbana	221	190.93	30.82	29.79		
Literacia em cuidados de saúde						
Rural	122	139.43	27.74	28.13	-4.525	<0.001
Urbana	221	189.98	31.91	31.25		
Literacia em prevenção da doença						
Rural	122	141.35	25.14	24.72	-4.258	<0.001
Urbana	221	188.92	28.76	27.78		
Literacia em promoção da saúde						
Rural	122	139.45	27.04	27.60	-4.522	<0.001
Urbana	221	189.97	31.64	30.21		

Os resultados que constituem o quadro 8 foram obtidos com a aplicação do teste *Kruskal-Wallis* para proceder à comparação da Literacia em Saúde em função do nível académico dos inquiridos. Como se pode constatar, existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$) na Literacia em Saúde geral e nas suas dimensões (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde). Comparando os valores médios e medianos, verificou-se que a literacia tende a melhorar com o aumento do nível académico dos utentes, ou seja, aqueles que têm nível académico mais elevado tendem a evidenciar melhores níveis de literacia. Este facto permitiu concluir que o nível académico é fator influenciador da Literacia em Saúde.

Quadro 8 – Comparação da Literacia em Saúde em função do nível académico

Literacia em saúde Nível académico	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
Literacia em saúde geral						
Nível 1	72	115.55	24.53	25.62	51.137	<0.001
Nível 2	30	133.82	26.34	27.13		
Nível 3	97	171.11	29.06	29.08		
Nível 4	32	182.72	30.54	28.55		
Nível 5	58	208.75	32.38	32.44		
Nível 6	54	224.25	33.98	32.44		
Literacia em cuidados de saúde						
Nível 1	72	108.66	24.74	26.04	61.557	<0.001
Nível 2	30	139.53	27.91	28.65		
Nível 3	97	170.32	30.17	29.17		
Nível 4	32	176.73	31.38	29.17		
Nível 5	58	213.51	33.92	33.85		
Nível 6	54	230.11	35.55	33.33		
Literacia em prevenção da doença						
Nível 1	72	123.98	23.41	24.44	39.045	<0.001
Nível 2	30	136.50	24.96	26.67		
Nível 3	97	174.46	27.51	27.78		
Nível 4	32	174.70	28.24	26.67		
Nível 5	58	196.22	29.23	29.44		
Nível 6	54	223.71	31.88	31.11		
Literacia em promoção da saúde						
Nível 1	72	123.92	25.33	26.56	43.423	<0.001
Nível 2	30	128.88	26.02	26.56		
Nível 3	97	166.88	29.39	29.17		
Nível 4	32	193.45	31.84	29.17		
Nível 5	58	210.54	33.78	32.29		
Nível 6	54	215.14	34.38	32.81		

Legenda:

- Nível 1 = Escola primária e/ou Ciclo Preparatório; 1º Ciclo ou 2º Ciclo do Ensino Básico
- Nível 2 = 5º ano do liceu; 3º Ciclo do Ensino Básico
- Nível 3 = Ensino Secundário
- Nível 4 = Bacharelato ou Licenciatura de Bolonha
- Nível 5 = Licenciatura antiga
- Nível 6 = Pós-graduação: Curso de Especialização, Mestrado ou Doutoramento

A comparação da Literacia em Saúde em função da condição perante o trabalho exigiu o agrupamento dos utentes em, apenas, duas categorias (ativos ou não ativos) para obter grupos com número representativo de inquiridos. A aplicação do teste U de *Mann-Whitney* permitiu obter os resultados que se apresentam no quadro 9 com base nos quais se verificou que só existe diferença estatisticamente significativa ($p = 0.011$) na dimensão cuidados de saúde. Analisando comparativamente os resultados das medidas de tendência central pode-se afirmar que os utentes ativos tendem a evidenciar melhor literacia em cuidados de saúde. Assim, pode-se concluir que a condição perante o trabalho influencia a Literacia em Saúde.

Quadro 9 – Comparação da Literacia em Saúde em função da condição perante o trabalho

Literacia em saúde Condição perante o trabalho (agrupada)	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	z	p
Literacia em saúde geral						
Ativo/a	223	177.69	30.04	28.72	-1.448	0.148
Não ativo/a	120	161.43	28.05	28.72		
Literacia em cuidados de saúde						
Ativo/a	223	182.00	31.52	30.21	-2.550	0.011
Não ativo/a	120	153.41	28.39	29.17		
Literacia em prevenção da doença						
Ativo/a	223	174.29	27.78	27.78	-0.586	0.559
Não ativo/a	120	167.74	26.91	27.38		
Literacia em promoção da saúde						
Ativo/a	223	177.55	30.67	29.17	-1,414	0.157
Não ativo/a	120	161.69	28.75	29.17		

Através da aplicação do teste *Kruskal-Wallis* procedeu-se à comparação da Literacia em Saúde em função do rendimento mensal líquido do agregado familiar. Também neste estudo houve necessidade de proceder ao reagrupamento dos inquiridos de modo a obter número representativo de casos em cada nível de rendimento mensal. Os resultados que se apresentam no quadro 10 permitiram constatar que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e na literacia geral ($p < 0.001$). Os valores observados para as medidas de tendência central sugerem que a Literacia em Saúde tende a melhorar com o aumento do rendimento mensal líquido do agregado familiar ou, por outras palavras, os inquiridos que pertencem a agregados familiares com maior rendimento mensal tendem a evidenciar melhor literacia. Conclui-se que o rendimento mensal constitui um fator que influencia a Literacia em Saúde.

Quadro 10 – Comparação da Literacia em Saúde em função do rendimento mensal líquido do agregado familiar

Literacia em saúde Rendimento mensal líquido do agregado familiar (agrupado)	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
Literacia em saúde geral						
≤ 500 €	48	125.78	25.86	26.35	41.083	<0.001
501 a 1000 €	101	133.08	26.71	27.31		
1001 a 1500 €	74	173.61	30.40	29.39		
1501 a 2000 €	42	183.20	31.05	29.96		
≥ 2001 €	61	217.71	33.99	32.27		
Literacia em cuidados de saúde						
≤ 500 €	48	116.49	25.54	27.08	46.416	<0.001
501 a 1000 €	101	134.28	28.06	28.13		
1001 a 1500 €	74	175.15	31.72	30.73		
1501 a 2000 €	42	186.65	32.42	31.77		
≥ 2001 €	61	218.80	35.40	33.33		
Literacia em prevenção da doença						
≤ 500 €	48	137.68	24.92	26.43	31.405	<0.001
501 a 1000 €	101	134.52	25.18	25.56		
1001 a 1500 €	74	171.32	28.57	27.78		
1501 a 2000 €	42	177.07	28.31	28.33		
≥ 2001 €	61	212.98	31.63	31.11		
Literacia em promoção da saúde						
≤ 500 €	48	134.08	27.03	26.56	34.985	<0.001
501 a 1000 €	101	132.78	26.78	27.08		
1001 a 1500 €	74	172.57	30.79	29.17		
1501 a 2000 €	42	182.51	32.23	30.21		
≥ 2001 €	61	213.43	34.78	33.33		

A comparação da Literacia em Saúde conforme a classificação do estado de saúde foi realizada aplicando, uma vez mais, o teste *Kruskal-Wallis*. Para tal houve necessidade de proceder ao reagrupamento dos inquiridos em três categorias relativas ao estado de saúde (ótima ou boa, razoável e má ou muito má). Com base nos resultados obtidos (quadro 11) pode-se constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) em todas as situações, ou seja, na Literacia em Saúde geral e nas três dimensões que lhe estão associadas. A análise comparativa dos resultados obtidos para as medidas de tendência central revelaram que os utentes que manifestam melhor estado de saúde tendem a evidenciar melhor Literacia em Saúde. Este facto permitiu afirmar que a opinião acerca do próprio estado de saúde tende a influenciar a literacia.

Quadro 11 – Comparação da Literacia em Saúde em função da classificação do estado de saúde

Literacia em saúde Classificação do estado de saúde (agrupada)	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
Literacia em saúde geral						
Ótima ou Boa	178	193.86	31.32	29.79		
Razoável	140	153.03	27.66	28.14	19.974	<0.001
Má ou Muito má	25	122.64	24.72	24.82		
Literacia em cuidados de saúde						
Ótima ou Boa	178	197.05	32.76	31.25		
Razoável	140	151.76	28.58	29.17	28.016	<0.001
Má ou Muito má	25	106.98	24.15	23.96		
Literacia em prevenção da doença						
Ótima ou Boa	178	193.88	29.38	27.78		
Razoável	140	151.61	25.70	26.67	19.037	<0.001
Má ou Muito má	25	130.38	23.89	24.44		
Literacia em promoção da saúde						
Ótima ou Boa	178	188.84	31.69	30.21		
Razoável	140	157.24	28.55	28.13	11.793	0.003
Má ou Muito má	25	143.72	26.08	27.08		

3 – DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS

Após a apresentação dos dados e resultados obtidos e a sua respetiva análise, realizou-se a sua interpretação, destacando os resultados mais significativos e confrontando-os com a fundamentação teórica pesquisada/recolhida e estudos desenvolvidos nesta temática, tendo sempre por base a questão e o problema de investigação, bem como os objetivos delineados para o estudo de investigação.

Aquando da avaliação da consistência interna do questionário HLS-EU-PT para a fiabilidade do instrumento de colheita de dados do estudo, foi utilizado o coeficiente de *alpha de Cronbach* tendo sido observado, no questionário de 47 questões, um valor de 0.97 para a Literacia em Saúde geral. Elaborada uma análise individual das três dimensões constatou-se que o coeficiente de *alpha de Cronbach* varia de 0.91 a 0.94 podendo-se classificar os coeficientes de muito bons. Os dados revelam uma elevada fiabilidade do questionário o que se equipara aos dados obtidos aquando da validação do questionário para Portugal, que segundo Pedro, Amaral e Escoval (2016) obteve-se um *alpha de Cronbach* de 0.96 para a Literacia em Saúde geral e na análise individual das três dimensões os valores oscilaram de 0.90 a 0.91.

Quando avaliada a Literacia em Saúde geral nos utentes que participaram no estudo, observou-se estar perante um nível de literacia limitado, integrando 73.2% dos inquiridos, a categoria inadequada e problemática, o que vai ao encontro da fundamentação teórica.

Segundo o IOM, metade da população adulta dos Estados Unidos da América apresenta falhas de literacia requeridas para a utilização dos serviços de saúde, sendo baixos os níveis de Literacia em Saúde. (Loureiro e Miranda, 2010; Saboga-Nunes, Sørensen, e Pelikan, 2014; Saboga-Nunes, Sørensen e Rodrigues, 2015; Pedro, Amaral e Escoval, 2016). Também segundo Espanha, Ávila e Mendes (2016), num estudo efetuado no Canadá, concluiu-se que 60% da população não possuía competências mínimas para responder às necessidades e problemas com que se confrontam diariamente no que respeita à Literacia em Saúde. Os dados foram também ao encontro do primeiro estudo para avaliação da literacia geral da população portuguesa onde Benavente, Rosa, Costa e Ávila (1995) demonstraram que a população apresentava níveis de literacia baixos ou muito baixos. Mais recentemente, o primeiro estudo que utilizou o HLS-EU (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen, Pelikan, Röthlin, *et al.*, 2015) demonstrou que 47.6% dos inquiridos que integraram o estudo realizado nos oito países europeus apresentavam níveis de Literacia em Saúde geral limitado, estando abaixo dos dados obtidos no estudo, com uma diferença percentual de 25.6%. O que demonstrou, comparado com os dados obtidos no primeiro estudo onde foi aplicado o HLS-EU, que a amostra inquirida de uma comunidade da região centro apresenta níveis de literacia limitados superiores. Contudo, aquando da tradução e

validação do HLS-EU para a população portuguesa no estudo preliminar efetuado, observou-se que em Portugal 51% dos inquiridos apresentava uma Literacia em Saúde limitada (Saboga-Nunes, Sørensen e Pelikan, 2014) e em 2014, no projeto “Saúde que Conta”, o nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, era representado por 61% da população inquirida (Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016; ENSPUNL, 2016). No estudo efetuado por Espanha, Ávila e Mendes (2016), verificou-se que 49% dos inquiridos tem um nível de literacia problemático ou inadequado. Também Saboga-Nunes, Sørensen e Rodrigues (2015) observaram que num estudo concretizado entre 2011 e 2013 em Portugal, com a aplicação do HLS-EU-PT, 59.9% dos inquiridos apresentavam níveis de Literacia em Saúde problemático ou inadequado. Como refere Goes, Câmara, Loureiro, *et al.* (2015), embora pouco estudada a temática, a Literacia em Saúde está intimamente ligada aos níveis de literacia em geral, manifestando-se de forma semelhante os baixos níveis de literacia da população.

Quando avaliada a Literacia em Saúde nas três dimensões, é na dimensão prevenção da doença que os resultados são mais preocupantes, onde se observou que na amostra inquirida 80.8% apresenta uma literacia limitada (inadequada/problemática). Comparativamente aos estudos realizados com a aplicação do HLS-EU-PT, os resultados obtidos não vão ao encontro dos estudos levados a cabo (para a população portuguesa) pela ENSPUNL (2016), com o projeto “Saúde que Conta”, e pelo estudo desenvolvido para a Fundação Calouste Gulbenkian por Espanha, Ávila e Mendes (2016), onde os dados mais preocupantes são evidentes na dimensão promoção da saúde com 60.2% e 51.1% respetivamente. Em todas as dimensões a população inquirida apresentou uma literacia limitada (inadequada/problemática) acima dos 50%, indo ao encontro do estudo desenvolvido pela ENSPUNL (2016). De referir que, no estudo levado a cabo por Espanha, Ávila e Mendes (2016), apenas na dimensão promoção da saúde a população inquirida apresentava níveis de literacia limitada (inadequada/problemática) acima dos 50% e as restantes dimensões apresentavam resultados de literacia limitada inferiores a 50% (cuidados de saúde 45.4%; prevenção da doença 45.5%).

Quando calculada a média da Literacia em Saúde geral e concretizada a análise individual das três dimensões, o primeiro ponto a destacar é que a média nos diversos níveis varia entre 27.47 e 30.43, sendo sempre inferior aos resultados obtidos nos estudos levados a cabo pela ENSPUNL (2016), com o projeto “Saúde que Conta” (médias de 31 a 32) e no estudo desenvolvido para a Fundação Calouste Gulbenkian por Espanha, Ávila e Mendes (2016) para a população portuguesa (médias de 32.1 a 33.4). Porém, como os estudos referidos se situam ligeiramente acima do ponto médio da escala (numa escala que varia de 0 a 50), demonstrou que os utentes inquiridos apresentam níveis de Literacia em Saúde mais baixos comparativamente com os estudos supracitados. Todavia, a média mais baixa encontrada diz respeito à dimensão

prevenção da doença (27.47), contrariamente ao observado nos estudos citados em que a média mais baixa foi observada na dimensão promoção da saúde, com valores na ordem dos 31 e 32.1 respetivamente. Contudo, tendo em conta os pontos de corte da escala, os dados obtidos e os dados existentes dos estudos citados, os pontos médios localizam-se ou estão muito próximos ao ponto de corte 25 – 33 da escala, que se traduz numa Literacia em Saúde problemática.

Seguidamente cruzou-se a informação da Literacia em Saúde com a informação das outras variáveis presentes no estudo.

Relativamente à variável **idade** usou-se o teste *Spearman's*, obtendo-se apenas uma associação estatisticamente significativa ($p=0.005$) quando correlacionada a idade com a dimensão cuidados de saúde. Concluiu-se que à medida que a idade aumenta, o nível de Literacia em Saúde em cuidados de saúde tende a ser mais baixo, ficando patente que a população mais idosa é mais vulnerável nesta dimensão. Não se observou uma correlação estatisticamente significativa no que respeita à correlação da idade com a Literacia em Saúde geral, promoção da saúde e prevenção da doença. De acordo com a bibliografia, os idosos são os indivíduos que apresentam mais baixos níveis de Literacia em Saúde. Segundo a OE (2014), de acordo com o inquérito de literacia adulta e competências de vida, aplicado no Canadá, no adulto com mais de 65 anos, apenas 12% apresentava uma Literacia em Saúde adequada. Também em Portugal, o primeiro estudo que avaliou a Literacia em Saúde demonstrou que os idosos são um dos grupos que apresentam níveis de literacia mais baixos (Benavente, Rosa, Costa e Ávila, 1995; Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Espanha, Ávila e Mendes, 2016). Igualmente no estudo realizado na zona norte de Portugal para avaliar a literacia do idoso, os dados demonstraram que 80% da amostra apresentava um nível de literacia limitado e apenas 20% um nível adequado (Serrão coord., 2014; Serrão, Veiga e Vieira, 2015). Os dados foram ao encontro, também, do descrito pela OMS (2010), ao integrar o idoso no grupo mais vulnerável no que respeita à Literacia em Saúde. Quando aplicada a HLS- EU em 2011, observou-se que na Literacia em Saúde geral os indivíduos com mais de 66 anos apresentavam níveis de literacia baixos (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen, Pelikan, Röthlin, *et al.*, 2015). Quando aplicado o HLS-EU em Portugal, no âmbito do programa Gulbenkian “Inovar em Saúde” e no projeto “Saúde que Conta” desenvolvido para a ENSPUNL, observou-se que analisadas algumas características sociais específicas, um dos grupos mais vulneráveis foram os idosos, à medida que a idade aumenta o nível de literacia diminui (ENSPUNL, 2016; Espanha, Ávila e Mendes, 2016; Pedro, Amaral e Escoval, 2016). Também, num estudo desenvolvido entre 2011 e 2013 com aplicação do HLS-EU-PT, segundo Saboga-Nunes, Sørensen e Rodrigues (2015) em Portugal os idosos representavam um grupo com literacia baixa. Os estudos analisados, onde foi aplicada o HLS-EU ou o HLS-EU-PT, demonstraram que nos quatro índices de literacia (geral,

cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), a idade é uma variável estatisticamente significativa. Contudo, é de aludir que no estudo efetuado para uma comunidade da região centro, foi observado apenas um valor de $p < 0.05$, quando correlacionada a idade com a dimensão cuidados de saúde, não indo ao encontro dos estudos supracitados.

No que diz respeito à variável **sexo**, foi aplicado o teste *Mann-Whitney*. Observou-se a inexistência de diferenças significativas nos diferentes índices, $p > 0.05$, não existindo evidência que a literacia seja influenciada pelo sexo. Na maioria dos estudos analisados não se observou qualquer referência à existência de uma relação significativa entre o sexo do indivíduo e os níveis de Literacia em Saúde. Apenas quando desenvolvida a vertente portuguesa do HLS-EU-PT, Saboga-Nunes, Sørensen e Rodrigues (2015) identificaram os indivíduos do sexo feminino como um dos grupos com níveis de literacia mais baixos. Igualmente Serrão, Veiga e Vieira (2015) nas conclusões acerca do projeto “Literacia em Saúde: um desafio na e para terceira idade”, referiram que a literacia tende a ser menor no indivíduo do sexo feminino com idade ≥ 65 anos.

Para avaliar a existência de relação entre a variável **estado civil** e os diferentes índices foi aplicado o teste *Kruskal-Wallis*.

Obteve-se uma associação estatisticamente significativa na dimensão cuidados de saúde ($p=0,033$) e na dimensão prevenção da doença ($p=0.045$). Verificou-se que nas duas dimensões os níveis de literacia foram mais elevados nos utentes solteiros. Os inquiridos separados, divorciados ou viúvos, apresentaram níveis de literacia mais baixos. Todos os grupos se enquadram na categoria problemática, com médias que variam de 27.85 a 32.59 nos cuidados de saúde e de 25.52 a 29.49 na prevenção da doença. De acordo com a bibliografia, Espanha, Ávila e Mendes (2016) identificaram os viúvos como um dos grupos mais vulneráveis. Também Serrão, Veiga e Vieira (2015) nas conclusões acerca do projeto “Literacia em Saúde: um desafio na e para terceira idade” referiram que a literacia tende a ser menor no indivíduo viúvo com idade ≥ 65 anos.

Relativamente à variável **residência** foi aplicado o teste U de *Mann-Whitney*. Foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas na Literacia em Saúde geral e nas três dimensões, obtendo em todos um $p < 0.001$. Neste contexto, observou-se que os utentes com local de residência urbana apresentaram melhores níveis de literacia em todos os índices, relativamente aos inquiridos com local de residência rural, enquadrando-se todos na categoria problemática. Todavia, na revisão bibliográfica efetuada não foram encontrados dados que mencionem que a área de residência tenha influência sobre os níveis de Literacia em Saúde. Contudo, tendo em conta que a disponibilidade, acesso e diversidade das fontes de comunicação

e informação no meio urbano serem superiores em relação ao meio rural, poderão ser factores que justifiquem os dados obtidos.

Na variável **nível académico** usou-se o teste *Kruskal-Wallis*. Foram obtidos dados estatisticamente significativos em todos os índices ($p < 0.001$). Observou-se que à medida que o nível de escolaridade aumenta, os níveis de Literacia em Saúde são mais elevados, verificando-se diferenças de médias bastante expressivas em todos os índices. Constatou-se que apenas os utentes com um nível académico 6 apresentaram níveis de literacia que se enquadravam na categoria suficiente, na promoção da saúde e nos cuidados de saúde. Os dados apresentados foram ao encontro dos estudos desenvolvidos, no programa Gulbenkian “Inovar em Saúde” e no projeto “Saúde que Conta”, onde os autores referem que os indivíduos com menos estudos são grupos mais vulneráveis e consequentemente com níveis de Literacia em Saúde mais baixos (Saboga-Nunes, Sørensen e Rodrigues, 2015; ENSPUNL, 2016; Espanha, Ávila e Mendes, 2016; Pedro, Amaral e Escoval, 2016). Segundo o HLS-EU Consortium (2012) e Sørensen, Pelikan, Röthlin, *et al.* (2015), no primeiro estudo onde foi aplicado o HLS-EU, os indivíduos com um nível de escolaridade inferior tendem a apresentar níveis de Literacia em Saúde menores. Também Serrão, Veiga e Vieira (2015), nas conclusões acerca do projeto “Literacia em Saúde: um desafio na e para terceira idade”, referem que a literacia tende a ser menor no indivíduo com um nível de escolaridade baixo.

Para avaliar a relação da **condição perante o trabalho** e os quatro índices de literacia foi aplicado o teste U de *Mann-Whitney*. Observaram-se dados estatisticamente significativos apenas na dimensão cuidados de saúde ($p = 0.011$), sendo as médias mais elevadas nos utentes ativos. Em contrapartida, médias menos elevadas foram observadas nos utentes integrados no grupo dos não ativos, que se traduz consequentemente em níveis de literacia menos elevados. Já Benavente, Rosa, Costa e Ávila (1995), no primeiro estudo realizado em Portugal sobre Literacia em Saúde, referem que os desempregados e as domésticas integraram os grupos mais vulneráveis e com níveis de literacia mais baixos. O mesmo se verificou nos estudos desenvolvidos no programa Gulbenkian “Inovar em Saúde” e no projeto “Saúde que Conta”, em que os desempregados e reformados apresentaram níveis de literacia piores em relação à população ativa (ENSPUNL, 2016; Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

Relativamente ao **rendimento mensal líquido do seu agregado familiar** foi aplicado o teste *Kruskal-Wallis*. A relação da variável com os quatro índices aparece bem evidenciada, apresentando para a Literacia em Saúde geral e as três dimensões um $p = 0.000$ o que significa estar perante dados estatisticamente significativos. Observou-se, de uma forma geral, que à medida que os rendimentos são mais reduzidos, registaram-se valores mais baixos de literacia.

Os dados na sua generalidade foram ao encontro dos estudos já existentes. Para o HLS-EU Consortium (2012) e Sørensen, Pelikan, Röthlin, *et al.* (2015), os indivíduos com uma situação socioeconómica inferior e que referiram dificuldades permanentes em pagar contas, possuíam níveis de literacia mais baixos. Também Espanha, Ávila e Mendes, (2016), identificaram como um dos grupos mais vulneráveis as famílias com rendimento até 500€. Os dados foram, também, ao encontro do que refere Saboga-Nunes, Sørensen e Rodrigues (2015), que em Portugal a população com rendimentos baixos apresentava uma literacia mais baixa em comparação com a população com rendimentos mais elevados.

No que concerne à variável **como classifica a sua saúde**, aplicado o teste *Kruskal-Wallis*, obtiveram-se em todos os índices dados estatisticamente significativos ($p < 0.05$). Observou-se que em todos os índices, a Literacia em Saúde tende a aumentar de forma linear quanto melhor o utente classifica a sua saúde, indo ao encontro da bibliografia consultada. Segundo o HLS-EU Consortium (2012) e Sørensen, Pelikan, Röthlin, *et al.* (2015), aquando da primeira aplicação do HLS-EU, verificou-se que os indivíduos que pior classificam o seu estado de saúde são os que têm menores níveis de Literacia em Saúde. O mesmo observou-se na aplicação do HLS-EU-PT em Portugal, ou seja, os indivíduos que apresentavam melhor autoavaliação em saúde possuíam padrões mais elevados de Literacia em Saúde, ao invés dos indivíduos com piores avaliações do seu estado de saúde (Saboga-Nunes, Sørensen e Pelikan, 2014). Também, Espanha, Ávila e Mendes (2016) referiram que os indivíduos com doença prolongada, doença crónica e perceção de “má” saúde apresentavam mais baixos níveis de literacia, nomeadamente os indivíduos com idade ≥ 66 anos. Serrão, Veiga e Vieira (2015), nas conclusões acerca do projeto “Literacia em Saúde: um desafio na e para terceira idade” referiram que a literacia tende a ser menor no indivíduo com doença crónica/física.

Em síntese, verificou-se que a Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro é limitada (inadequada/problemática) em todos os índices, representando 63.6% a 80.8% da amostra estudada. Dos fatores estudados, que interferiram na Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro, com dados estatisticamente significativos foram: a idade, nomeadamente na dimensão cuidados de saúde; o estado civil, sobretudo na dimensão cuidados de saúde e prevenção da doença; a condição perante o trabalho, na dimensão cuidados de saúde; a residência, o nível académico, o rendimento do agregado familiar e como classifica a sua saúde, em todos os índices de literacia. Não se obteve qualquer dado estatisticamente significativo relativamente à variável sexo. Apesar de se obter dados estatisticamente significativos na variável residência, não foram encontrados estudos que confirmam os dados obtidos.

CONCLUSÕES

O conceito de Literacia em Saúde tem alcançado destaque na sociedade moderna. Falar de cidadania atualmente remete para o conceito amplo e abrangente da Literacia em Saúde, desempenhando um papel determinante na manutenção ou melhoria das condições de saúde. Os serviços de saúde consideram este conceito extremamente importante, sobretudo na área de cuidados de saúde primários e saúde pública. Um inadequado nível de Literacia em Saúde pode ter implicações significativas na saúde individual e coletiva, podendo estar perante um contexto de desigualdades em saúde, com implicações na gestão de recursos e nos ganhos em saúde.

Como futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária, pretendendo ser um elemento ativo na comunidade e desempenhar um papel primordial na capacitação do indivíduo e comunidade para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde, tornou-se fundamental conhecer os níveis de Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro.

Constituíram a amostra 343 utentes que recorreram a uma ULS da região centro (Cuidados de Saúde Hospitalares/Cuidados de Saúde Primários), no período de 15 de maio a 15 de julho de 2017, com idades compreendidas entre os 18 e os 93 anos, sendo a média de idade 48.7 anos. Para a colheita de dados utilizou-se um questionário por autopreenchimento em formato de papel, integrando o Questionário Europeu de Literacia para a Saúde *Health Literacy Survey in Portuguese* (HLS-EU-PT), validado por Saboga-Nunes e Sørensen em 2013.

Dos dados obtidos 61.2% dos inquiridos eram do sexo feminino, 65.9% o estado civil era casado/a ou união de facto, 64.4% residia em meio urbano, 58% tinha no máximo o nível académico 3 (Ensino Secundário), 65% profissionalmente eram ativos, 65% tinha um rendimento do agregado familiar mensal líquido inferior a 1500€ e apenas 7.3% classificou a sua saúde de má ou muito má.

Os objetivos delineados foram: conhecer o nível de Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro, identificar as áreas prioritárias de intervenção de acordo com a Literacia em Saúde e identificar fatores que influenciam o nível de Literacia em Saúde. Observou-se que cerca de 73.2% da população apresentou um nível de Literacia em Saúde geral problemático ou inadequado e apenas 7.3% apresentou um nível excelente. Nas dimensões cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, observou-se a mesma tendência, sendo a população representada nos níveis problemático ou inadequado por 63.6%, 80.8% e 69.7% respetivamente. Foi na dimensão prevenção da doença que o nível excelente apresentou uma percentagem mais baixa, 5.5% da população. Inversamente a percentagem mais elevada ocorreu na dimensão promoção da saúde, representada por 11.4% da população. Embora as

intervenções devam incidir em todos os índices de literacia, é na dimensão da prevenção da doença que se deve dar mais ênfase.

Ao procurar identificar os fatores que podem interferir nos níveis de Literacia em Saúde dos inquiridos, os dados apresentados neste estudo permitiram tecer algumas considerações, sinalizando utentes ou grupos com níveis de literacia mais baixos, o que facultava informações para identificar áreas prioritárias de intervenção e direcionar as intervenções. Concluiu-se que os grupos mais vulneráveis são os utentes mais velhos, nomeadamente na dimensão cuidados de saúde, os separados/as, divorciados/as e viúvos/as, nas dimensões cuidados de saúde e prevenção da doença e os utentes não ativos, sobretudo na dimensão cuidados de saúde. Também, todos os índices de literacia tendem a ser mais baixos nos utentes que residiam no meio rural. Inversamente, à medida que o nível de escolaridade aumenta e o rendimento do agregado familiar é mais elevado, os níveis de Literacia em Saúde tendiam a ser superiores. Foram também os que classificaram de pior a sua saúde que apresentaram níveis de literacia mais baixos, quando comparados com os utentes que a classificaram de razoável, boa ou ótima.

As estratégias de promoção da Literacia em Saúde cada vez mais deviam ser incluídas nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Considerando os dados obtidos neste estudo, apresentam-se algumas sugestões e áreas de intervenção que visam promover o *empowerment*, capacitando o indivíduo para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde ao longo do ciclo vital. Nesta conjuntura, considerou-se de primordial importância:

- Divulgar os dados obtidos a uma comunidade da região centro que recorre a uma ULS, bem como às entidades governamentais;
- Alargar o conceito de Literacia em Saúde às diversas entidades políticas, organizações públicas e privadas, promovendo uma construção salutogénica da saúde;
- Envolver os profissionais de saúde, tornando-os elementos ativos na capacitação do indivíduo e comunidade, para a tomada de decisão sobre a sua saúde;
- Apresentar os dados obtidos às diversas instituições de ensino, incentivando as mesmas a serem um veículo promotor da capacitação do indivíduo no domínio da saúde;
- Envolver o indivíduo e comunidade na sua capacitação para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde;
- Realizar sessões de educação acerca de cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença junto da comunidade da região centro;

- Realizar sessões informativas para a saúde sobre o modo como os indivíduos devem aceder, compreender, interpretar, avaliar e utilizar a informação;
- Incentivar os utentes de uma ULS da região centro, a serem elementos promotores de estilos de vida saudáveis;
- Promover nas unidades de saúde, que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária seja um elemento ativo na gestão de alta e na reintegração do indivíduo na comunidade;
- Desenvolver um projeto que permita a articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários, criando parcerias entre e com os cuidados especializados em enfermagem comunitária;
- Envolver uma ULS da região centro, entidades governamentais, organizações públicas e privadas e a sociedade em geral, a realizar atividades comunitárias, no intuito de monitorizar e avaliar periodicamente a Literacia em Saúde;
- Incentivar uma ULS da região centro a apresentar, de forma regular, junto da população, dados que evidenciem os benefícios que bons níveis de Literacia em Saúde podem ter a nível económico e ganhos em saúde;
- Alargar o estudo a uma amostra de maior dimensão;
- Desenvolver futuros trabalhos de investigação direcionando o estudo da temática para áreas específicas de saúde.

Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos na sua globalidade. Todavia, no decorrer do estudo surgiram algumas dificuldades, nomeadamente na adesão dos utentes que constituíram a amostra, em responder ao questionário e no cumprimento do prazo pré estabelecido para a elaboração do estudo de investigação. Os obstáculos foram sendo colmatados com responsabilidade, empenho e dedicação. Acreditar que se consegue alcançar uma meta delineada permitiu construir uma ponte entre o querer e conquistar.

Este estudo contribuiu para conhecer os níveis de Literacia em Saúde de uma comunidade da região centro, mais concretamente, dos utentes que recorreram a uma ULS da região centro (Cuidados de Saúde Hospitalares/Cuidados de Saúde Primários) e identificar áreas prioritárias de intervenção e identificar fatores que podem interferir nos níveis de Literacia em Saúde, otimizando e melhorando a qualidade dos cuidados. Perante níveis de Literacia em Saúde limitados, os resultados apontam para a necessidade dos profissionais de saúde, entidades de saúde, governo e sociedade em geral, investirem na educação da comunidade nas várias dimensões, capacitando o indivíduo e comunidade para a gestão da sua saúde a nível individual e coletivo.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública desempenha um papel crucial ao desenvolver a sua prática globalizante centrada na comunidade. A sua intervenção pode ter implicações favoráveis na gestão de recursos e nos ganhos em saúde, indo ao encontro das competências e padrões de qualidade apresentados em enunciado descritivo pela OE. Neste contexto, reconhecer a Literacia em Saúde como um caminho para alcançar a essência do cuidar, torna-se primordial.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. B. A. e Aguiar, M. G. G. (2011). O cuidado ao idoso hospitalizado: Uma abordagem bioética. *Revista Bioética*, 19(1), 197 – 217
- American Medical Association (1999). *Health literacy: Report of council of scientific affairs*. Acedido em agosto 23, 2017, em Jama: http://www.oggs.osu.edu/site_documents/health_lit/JAMA281_6.pdf
- Antunes, M. L. (2014). *A Literacia em Saúde: Investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos*. Acedido em fevereiro 15, 2016, em Repositório Científico: http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3582/1/A%20literacia%20em%20sa%c3%bade_investimento%20na%20promo%c3%a7%c3%a3o%20da%20sa%c3%bade%20e%20na%20racionaliza%c3%a7%c3%a3o%20de%20custos1.pdf
- Austin, R. (2012). Ehealth literacy for older adults - Part I. *AniaCaring Newsletter*, 27(1), 7 – 9
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F. e Ávila, P. (1995). *Estudo nacional de literacia: Relatório preliminar*. Lisboa: Universidade de Lisboa – Instituto de Ciências Sociais
- Bernardino, A., Machado, C., Alves, E., Rebouço, H., Pedro, R., Gaspar, P. (2009). *Os enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: Validação da escala de práticas e comportamentos de educação para a saúde*. Acedido em novembro 3, 2017, em IC-Online: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/113>
- Carneiro, A. V. (2015). *Literacia em Saúde: Desenvolvimento de um sistema de informação em saúde para pacientes. Relatório de projecto*. Lisboa: s.ed
- Conselho Internacional de Enfermagem, (2011). *Combater a desigualdade: Melhorar o acesso e a equidade*. Geneve: s.ed
- Costa, A. M. (2017). *Dia internacional da literacia 2017: Literacia num mundo digital*. Acedido em setembro 10, 2017, em Jornal da Associação Portuguesa de Bibliotecários, Arquivistas e Documentalistas: <https://www.bad.pt/noticia/2017/09/05/dia-internacional-da-literacia-2017-literacia-em-o-mundo-digital/>

- Costa, A. Saboga-Nunes, L. e Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Boletim Epidemiológico: Instituto Nacional de Saúde Drº Ricardo Jorge*, 17(2), 38 – 40
- Direção-Geral da Saúde (2015a). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Publicações Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2015b). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa: Publicações Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Dia internacional da literacia*. Acedido em fevereiro 12, 2016, em Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/?cr=11708>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados*. Acedido em agosto 24, 2017, em Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx>
- Dominick, G. M., Dunsiger, S. I., Pekmezi, D. W., e Marcus, B. H. (2013). Health literacy predicts change in physical activity self-efficacy among sedentary latinas. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15, 533 – 539
- Eichler, K. Wisner, S. e Brugger, U. (2009). *The costs of limited health literacy: a systematic review*. Acedido em agosto 24, 2017, em National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19644651>
- Entidade Reguladora da Saúde (2017). *Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde*. Acedido em novembro 16, 2017, em Entidade Reguladora da Saúde: https://www.ers.pt/pages/73?news_id=1557
- Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. (2016). *Literacia em Saúde*. Acedido em fevereiro 12, 2016, em Saúde que Conta: <http://www.saudequeconta.org/index.php/site/literacia>

- Espanha, R. Ávila, P. e Mendes, R.V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Finkelstein, E. A., Trogon, J. G., Cohen, J. W. e Dietz, W. (2009). *Annual medical spending attributable to obesity: Payer-and service-specific estimates*. Acedido em agosto 24, 2017, em Health Affairs: <http://content.healthaffairs.org/content/28/5/w822.full>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Trad. Nidia Salgueiro. Loures: Lusodidacta
- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L. S. e Bourbon, M. (2015). Papa bem: Investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 12 – 23
- Health Literacy Europe (2017). *The european health literacy project (HLS-EU)*. Acedido em julho 5, 2017, em Health Literacy Europe: <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>
- Hernandez, L. M. (2013). *Improving health, health systems, and health policy around the world*. Acedido em setembro 3, 2017, em The National Academies: <https://www.nap.edu/read/18325/chapter/1>
- HLS-EU Consortium (2012). *Comparative report of health literacy in eight eu member states. The european health literacy survey HLS-EU*. Acedido em agosto 27, 2017, em Health Literacy Europe: http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Instituto Nacional de Saúde (2016). *Literacia em saúde*. Acedido em fevereiro 13, 2016, em Instituto Nacional de Saúde: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>
- Intellicare (2017). *Literacia em saúde*. Acedido em novembro 16, 2017, em Intellicare: <https://www.intellicare.pt/pt/literacia-em-saude/>

- Jordi, E. B. e Jordi, V. C. (coord.) (2013). *Guia prático de saúde*. Trad. Ana Barata *et al.* Barcelona: Semfyc Ediciones
- Jornal Médico (2015). *Iliteracia em saúde afecta metade dos portugueses*. Acedido em fevereiro 14, 2016, em Jornal Médico: <http://www.jornalmedico.pt/2015/05/05/iliteracia-em-saude-afecta-metade-dos-portugueses/>
- Kickbush, I., Wait, S., e Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. Acedido em agosto 23, 2017, em International Longevity Centre: http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_3.pdf
- Ki-moon, B. (2012). *Mensagem do secretário-geral da ONU no dia internacional da literacia*. Acedido em setembro 15, 2017, em Centro Regional de Informação das Nações Unidas: <http://www.unric.org/pt/mensagem-do-secretario-geral/30926>
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 1
- Loureiro, I. e Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: Dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J. e Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista Referência*, 3(6), 157 – 166
- Loureiro, M. J. L. (coord.) (2014). *Literacia em saúde mental – Capacitar as pessoas e as comunidades para agir*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Loureiro, M. J. L., Mendes, A. M. O. C., Barroso, T. M. M. D. A., Santos, J. C. P., Oliveira, R. A. e Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista Referência*, 3(6), 157 – 166
- Madeira, T. F. M. (2016). *Literacia para a saúde: O perfil de um conceito em construção: Dissertação para obtenção do grau de mestre em medicina*. Covilhã: s.ed

- Maroco, J. (2007). *Análise estatística – Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Maroco, J. e Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alpha Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* Acedido em dezembro 2, 2017, em Repositório do Instituto Superior de Psicologia Aplicada: [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)
- Mccormack, L.C., Bann, C., Uhrig, J., Berkman, N. e Rudd, R. (2009). Health insurance literacy of older adults. *Journal of Consumer Affairs*, 43(2), 223 – 248
- Mota, I. (2015). *A Literacia em saúde em Portugal: Conferência internacional: 23 de abril de 2015 – Sessão de abertura*. Acedido em agosto 25, 2016, em PtDocs: <http://ptdocz.com/doc/923897/discurso-de-abertura--pdf-262-kb->
- Nunes, L. (2014). Promoção da cidadania através do cuidar em enfermagem. *Revista Referência*, 3(11), 131 – 140
- Nutbeam D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349 – 364
- 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(3), 259 – 267
- Nutbeam D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies. *Health Promotion International*, 54, 303 – 305
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento* (4ª.ed.). Porto: Editora Livpsic
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Acedido em Fevereiro 19, 2016, em OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido em julho 1, 2017,

em OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Enfermeiros: Uma força para mudar – Um recurso vital para a saúde*. Trad. Sandy Severino. s.l: Publicações Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido em setembro 9, 2017, em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. s.l: Publicações Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial da Saúde (2017). *The ottawa charter for health promotion*. Acedido em Agosto 18, 2017, em World Health Organization: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Organização Mundial da Saúde (org.) (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração*. Genebra: Publicações Organização Mundial da Saúde

Organização Mundial da Saúde (org.) (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: Publicações Organização Mundial da Saúde

Patrocínio, M. C. O. (1996). *Situação nacional da literacia – Seminário: Nota prévia*. Acedido em setembro 3, 2017, em Conselho Nacional da Educação: <http://www.cnedu.pt/content/antigo/files/pub/SituacaoNaoLiteracia/3-NotaPrevia.pdf>

Pedro, A. R.; Amaral, O. e Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do european health literacy survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259 – 275

Pereira, H. (2017). *Sociedade portuguesa de enfermagem oncológica quer mais enfermeiros na definição de políticas de saúde*. Acedido em setembro 10, 2017, em Jornal do

Enfermeiro: <http://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1568-speo-quer-mais-enfermeiros-na-definicao-de-politicas-de-saude.html>

Pereira, I. G. (2013). *Literacia em saúde no doente coronário*. Tese de mestrado em enfermagem. Acedido em setembro 13, 2017, em Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra:<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?Process=download&id=27772&code=319>

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo

Polit, D. F., Beck, C. T. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5.ª ed.). Trad. Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed

Quintas, P. (2015). O contributo para a promoção da Literacia em Saúde nas escolas portuguesas. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 45, 14

Ramos, T. M. N., Ferrão, M. D. G., Carlos, R. C. A., e Martins, C. M. R. (2015). *Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem - Promoção e educação para a saúde na Escola Secundária/3 Quintas das Palmeiras, Covilhã*. Acedido em setembro 9, 2017, em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/UCSPCovilha_PES_ESQP_PromocaoEducacaoParaSaudeEscolaQuintaPalmeiras.pdf

Rocha, A., Correia, C., Pestana, L., Bento, M., Preto, O. e Lobão, S. (2011). Saúde escolar em construção: Que projetos? *Millenium*, 41, 89 – 113

Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, 11(3), 95 – 99

Saboga-Nunes, L., Freitas, O. S. e Cunha, M. (2016). Um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia para a saúde. *Revista Servir*, 59 (1), 7-16

Saboga-Nunes, L., Sørensen, K. e Rodrigues, E. (2015). Burden das doenças crónicas não transmissíveis e o papel da literacia para a saúde na sua prevenção/control: Resultados

do estudo european health literacy survey no contexto português (HLS-EU-PT). *Revista Direção-Geral da Saúde*, 3, 31-32

Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., Pelikan, J., Cunha, M., Rodrigues, E. e Paixão, E. (2014). Cross-cultural adaptation and validation to portuguese of the european health literacy survey (HLS-EU-PT). *Aten Primaria*, 46, 13

Saboga-Nunes, L.; Sørensen, K. e Pelikan, J. M. (2014). *Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). 40 anos de democracia(s): Progressos, contradições e prospetivas. Atas do VIII congresso português de sociologia*. Acedido em julho 20, 2017, em Associação Portuguesa de Sociologia: http://www.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0526.pdf

Secretaria Geral do Ministério da Administração Interna (2017a). *Resultados do recenseamento 2016*. Acedido em julho 20, 2017, em Secretaria Geral do Ministério da Administração Interna: <https://www.sg.mai.gov.pt/AdministracaoEleitoral/RecenseamentoEleitoral/ResultadosRecenseamento/Paginas/default.aspx>

Secretaria Geral do Ministério da Administração Interna (2017b). *Resultados do recenseamento 2017*. Acedido em julho 20, 2017, em Secretaria Geral do Ministério da Administração Interna: <https://www.sg.mai.gov.pt/AdministracaoEleitoral/RecenseamentoEleitoral/ResultadosRecenseamento/Paginas/default.aspx>

Serrão, C. (coord.) (2014). *Literacia em saúde: Um desafio na e para a terceira idade*. s.l: s.ed

Serrão, C., Veiga, S. e Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2 (Ed Esp.), 33 – 38

Simonds S. (1974). Health education as social policy. *Health education e behavior*, 2(1), 1 – 10

Smith, B. J. e Nutebeam, D. (2006). *Who health promotion glossary: New terms*. Acedido em fevereiro 12, 2016, em OMS: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HP%20Glossay%20in%20HPI.pdf?ua=1>

- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., *et al.*, (2015). *Health literacy in europe: comparative results of the european health literacy survey (HLS-EU)*. Acedido em agosto 28, 2017, em The European Journal of Public Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J.M., *et al.* (2013). *Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the european health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q)*. Acedido em julho 7, 2017, em BMC Public Health: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-94>
- Sørensen, K., Vanden Broucke, S., Fullam, J. *et al.* (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. Acedido em novembro 3, 2017, em BMC Public Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292515/>
- Squellati, R. (2010). Health literacy: Understanding basic health information. *Creative Nursing*, 16(3), 110-114
- Tomás, C. C., Queirós, P. J. P. e Ferreira, T. J. R. (2014). Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-literacia em saúde. *Revista Referência*, 4(2), 19 – 28
- Weiss, B. D., Mays, M. Z. Martz, W. *et al.* (2005). *Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign*. Acedido em novembro 16, 2017, em Annals of Family Medicine: <http://www.annfammed.org/content/3/6/514.full?sid=845f6fc8-d2c6-4a05-b721-f6a85b1d4c19>
- World Health Communication Associates (2011). *Health literacy: “The basics”*. Acedido em agosto 24, 2017, em World Health Communication Associates: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf>
- World Health Organization (2009). *Health literacy and health behavior*. Acedido em fevereiro 19, 2016, em OMS: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

APÊNDICES

APÊNDICE I
(Instrumento de colheita de dados)

APÊNDICE II
(Consentimento informado e esclarecido)

APÊNDICE III

(*Email*: Pedido de esclarecimento sobre a interpretação dos dados obtidos com a aplicação do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde *Health Literacy Survey in Portuguese* (HLS-EU-PT), ao autor responsável pela sua validação)

APÊNDICE IV

(Pedido de autorização ao autor do HLS-EU-PT, traduzido e validado para Portugal)

APÊNDICE V

(Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração de uma ULS da região centro, para efetuar a recolha de dados)

ANEXOS

ANEXO I
(Questionário Europeu de Literacia para a Saúde *Health Literacy Survey in Portuguese* (HLS-
EU-PT))

ANEXO II

(*Email*: Cálculo dos *scores* para a definição dos quatro níveis de Literacia em Saúde e interpretação dos dados obtidos com a aplicação do HLS-EU-PT, pelo autor responsável pela validação)

ANEXOS III

(Email: Justificação do item 5 da escala “não sabe/não responde” do HLS-EU-PT)

ANEXO IV

(Autorização concedida pelo autor para o uso do HLS-EU-PT, traduzido e validado para Portugal)

ANEXO V

(Parecer da Comissão de Ética de uma ULS da região centro e autorização do Exmo. Conselho de Administração para prosseguir com o estudo e a respetiva colheita de dados)

