



Marta Pereira Ribeiro

# LITERACIA EM SAÚDE NA COMUNIDADE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE COIMBRA

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada  
à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira e Prof. Doutor Luís Cavalheiro

Coimbra, setembro, 2023

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D  
COIMBRA





MARTA PEREIRA RIBEIRO

LITERACIA EM SAÚDE NA COMUNIDADE DO INSTITUTO  
POLITÉCNICO DE COIMBRA

*Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada pelo  
Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira e pelo Prof. Doutor Luís Cavalheiro e  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre.*

COIMBRA, SETEMBRO, 2023

## **Agradecimentos**

A concretização deste trabalho só foi possível graças ao apoio que me foi sendo concedido ao longo deste percurso.

Aqui, deixo o meu especial agradecimento aos orientadores, Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e Professor Doutor Luís Cavalheiro, por toda a ajuda, disponibilidade e dedicação ao longo de todo o trabalho.

Ao Instituto Politécnico de Coimbra, em particular ao Exmo. Senhor Presidente Jorge Conde, por autorizar a distribuição dos inquéritos à comunidade, aceitando colaborar com esta investigação e, à Exma. Carla Marques por ter sido a ponte de comunicação com o Exmo. Senhor Presidente, cuja ajuda foi fundamental.

Deixo ainda um agradecimento especial a todos aqueles que me acompanharam, os amigos e família, que sempre me encorajaram e cujo suporte foi determinante para a conclusão deste trabalho.

A todos vós, o meu mais sincero agradecimento.



## **Resumo**

A literacia em saúde é hoje entendida como um conceito dinâmico e multidimensional, inerente à saúde pública das populações e que corresponde à capacidade dos indivíduos para aceder, compreender avaliar e aplicar os conhecimentos sobre saúde no seu quotidiano com vista à utilização eficaz dos cuidados de saúde, à promoção da saúde e à prevenção de doenças. A literacia em saúde desempenha um papel fulcral na melhoria do estado de saúde das populações, na utilização eficaz dos serviços de saúde, na redução dos custos dos cuidados de saúde e na adoção de comportamentos promotores de saúde e preventivos de doença. Torna-se assim imperativo, estudar os níveis de literacia em saúde das populações para que seja possível adotar medidas que visem a melhoria.

O presente estudo, tem como objetivo avaliar os níveis de literacia em saúde da comunidade (estudantes e docentes) do Instituto Politécnico de Coimbra (IPC), e avaliar a relação entre determinadas características da amostra, com os níveis de literacia em saúde.

O estudo decorreu da aplicação de um inquérito distribuído à comunidade do IPC, onde constava o instrumento de medição da literacia de saúde HLS-EU-Q16, bem como questões que permitiram caracterizar a amostra demograficamente e quanto à situação socioeconómica, área de estudo/profissional, estado de saúde, situação familiar e nível de estudos/escolaridade. Foi possível estudar as características da amostra e relacionar com os níveis de literacia em saúde quer nos estudantes, quer nos docentes. Para o índice global de literacia em saúde, 51,9% da comunidade do IPC apresentam níveis suficientes ou excelentes de literacia em saúde, sendo que os restantes 48% apresentam níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde.

Para todos os índices de literacia em saúde, os docentes revelaram melhores resultados comparativamente aos estudantes. No grupo de estudantes do IPC, 51,2% apresentaram níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde global. A escola da área de saúde revelou os índices de literacia em saúde mais elevados, quando comparada com as restantes escolas do IPC. No grupo de estudantes do IPC, as áreas de estudo e a situação socioeconómica mostrou forte relação com os níveis de literacia em saúde. No grupo de docentes do IPC, a situação socioeconómica mostrou forte relação com os níveis de literacia em saúde.

Conclui-se que apesar de existir uma maioria no IPC, com níveis suficientes ou excelentes de literacia em saúde, 48% revelou níveis inadequados ou problemáticos. Esta parcela é bastante significativa, e acentua a necessidade de intervenção para melhoria dos níveis de literacia em saúde na comunidade do IPC, especialmente no grupo de estudantes, onde os resultados foram manifestamente piores.

Palavras-chave: Literacia em saúde, Cuidados de saúde, Promoção da saúde, Prevenção da doença.

## **Abstract**

Nowadays, health literacy is understood as a dynamic and multidimensional concept, inherent to the public health of populations. It corresponds to the ability of individuals to access, understand, evaluate and apply health knowledge in their daily lives, in order to use the health care system effectively, promote health and prevent diseases. Health literacy plays a key role on populations health improvement, on the effective use of health services, on the reduction of health care costs and on the adoption of health-promoting and disease-preventing behaviors. It's imperative to study the health literacy levels in different populations in order to adopt policies that aim for the improvement of the health care systems around the world.

The present study aims to evaluate the health literacy levels in the community (students and teachers) of the Polytechnic Institute of Coimbra (IPC), and to measure the relationship between certain characteristics of the sample, with the levels of health literacy.

The study took place with the application of a survey given to the IPC community, which included the HLS-EU-Q16 health literacy measurement instrument, as well as questions that allowed the sample to be characterized demographically and in terms of socioeconomic situation, study/professional area, health status, family situation and level of education. It was possible to study the sample's characteristics and relate it to the levels of health literacy in students and in teachers.

When it comes to the health literacy index, 51,9% of the IPC sample have sufficient or excellent levels of health literacy, with the remaining 48% having inadequate or problematic levels of health literacy. Regarding the health literacy indices, teachers showed better results compared to students. 51.2% of IPC students had inadequate or problematic levels of global health literacy. The health school revealed the highest health literacy indices when compared to the other IPC schools. When it comes to IPC students, study area and socioeconomic status showed a strong relationship with health literacy levels. Also, the IPC professors socioeconomic status showed a strong relationship with levels of health literacy.

Although the study concluded that a majority of the population on the IPC, has sufficient or excellent health literacy levels, 48% revealed inadequate or problematic levels. This



portion is quite significant, and highlights the need of intervention to improve health literacy levels around this community, especially in the student group, where the results were clearly worse.

Keywords: Health literacy, Health care, Health promotion, Disease prevention.

## Índice

Índice de figuras .....	x
Índice de gráficos.....	xi
Índice de tabelas.....	xii
Lista de siglas .....	xiv
<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Literacia – Conceito.....</b>	<b>2</b>
2.1. Literacia e Escolarização .....	2
<b>3. Literacia em Saúde.....</b>	<b>4</b>
3.1. Dimensões da Literacia em Saúde.....	11
3.2. Determinantes da literacia em saúde .....	15
3.3. Literacia em saúde e as consequências em saúde .....	18
3.4. Literacia em saúde e os custos em saúde .....	21
3.5. Medição da literacia em saúde.....	22
<b>4. Literacia em Saúde - contextualização.....</b>	<b>28</b>
4.1. Panorama nacional e internacional.....	28
4.2. Programas para a promoção da literacia em saúde.....	37
4.3. Literacia nos cuidados de saúde.....	40
4.4. eHealth e Literacia em saúde digital .....	41
4.5. Literacia em saúde nos estudantes do ensino superior .....	45
4.5.1. Determinantes de Literacia em saúde nos estudantes do ensino superior.....	49
<b>5. Metodologia do estudo.....</b>	<b>54</b>
5.1. Objetivos gerais e específicos.....	54
5.2. Hipóteses de estudo .....	54
5.3. Procedimentos.....	56
5.4. População de estudo .....	56
5.5. Instrumento de recolha de dados .....	56
5.6. Análise estatística .....	61
5.7. Considerações éticas .....	61
<b>6. Resultados .....</b>	<b>62</b>
6.1. Descrição da amostra .....	62
6.2. Caracterização do estudante.....	66

6.3. Caracterização do docente .....	67
6.4. Literacia em Saúde no IPC .....	68
6.4.1. Literacia em saúde nas escolas do IPC .....	75
6.5. Hipóteses de estudo .....	77
6.5.1. Estudantes .....	80
6.5.2. Docentes .....	89
<b>7. Síntese dos resultados .....</b>	<b>96</b>
<b>8. Discussão .....</b>	<b>98</b>
<b>9. Conclusão .....</b>	<b>107</b>
<b>10. Bibliografia.....</b>	<b>108</b>

## Índice de figuras

Figura 1: Enquadramento da Literacia em saúde.....	6
Figura 2: Modelo da relação entre as capacidades individuais, a comunicação oral e escrita e os resultados em saúde .....	8
Figura 3 - Modelo conceptual de literacia em saúde .....	10

## Índice de gráficos

Gráfico 1: Literacia em saúde nos EUA, por nível de educação .....	29
Gráfico 2: Literacia em saúde nos EUA, por Raça/Etnia .....	29
Gráfico 3: Literacia em saúde nos EUA, por idade .....	29
Gráfico 4: Literacia em saúde geral, por país. ....	31
Gráfico 5: Índices de literacia em Portugal (ILS-PT) comparativamente à média europeia (HLS-EU) .....	32
Gráfico 6: Resultados obtidos pelo ILS-PT e HLS-EU .....	32
Gráfico 7: Níveis de literacia em saúde geral, por país. ....	34
Gráfico 8: Níveis de literacia em saúde de cuidados de saúde, por país .....	34
Gráfico 9: Níveis de literacia em saúde de promoção da saúde, por país .....	35
Gráfico 10: Níveis de literacia em saúde de prevenção da doença, por país.....	36
Gráfico 11: Literacia em saúde, em Portugal .....	36
Gráfico 12: Literacia em saúde em Portugal atendendo às dimensões da saúde .....	37
Gráfico 13: Literacia em saúde em Portugal atendendo aos domínios da saúde.....	37
Gráfico 14: Literacia em saúde dos estudantes do Ensino Superior da Beira Interior.....	48
Gráfico 15: Resultados para cada dimensão do EQ-5D-5L .....	64
Gráfico 16: Frequência de utilização de diferentes fontes e canais para procura de informação de saúde. ....	65
Gráfico 17: Níveis de literacia em saúde para cada índice (global, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) no IPC. ....	69
Gráfico 18: Níveis de literacia em saúde dos estudantes e docentes do IPC, para cada índice (global, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde). ....	70
Gráfico 19: Respostas para os 7 itens do HLS-Q16-EU relativos ao domínio dos cuidados de saúde.....	72
Gráfico 20: Respostas para os 5 itens do HLS-Q16-EU relativos ao domínio de prevenção da doença. ....	73
Gráfico 21: Respostas para os 5 itens do HLS-Q16-EU relativos ao domínio de promoção da saúde.....	74

## Índice de tabelas

Tabela 1: Dimensões da literacia em saúde. (Adaptado de Sørensen et al., 2012). .....	13
Tabela 2: Distribuição dos itens do HLS-Q16-EU pelos domínios da saúde e pelas 4 dimensões de literacia em saúde .....	57
Tabela 3: Conjunto de valores para a população portuguesa do EQ-5D-5L (Adaptado de Ferreira et al. 2019). .....	60
Tabela 4: Características gerais da amostra. ....	62
Tabela 5: Caracterização do estudante. ....	66
Tabela 6: Caracterização do docente. ....	67
Tabela 7: Índices médios de literacia em saúde nas diferentes escolas do IPC. ....	75
Tabela 8: Índices médios de literacia em saúde nas escolas do IPC por grupo de estudantes e docentes. ....	77
Tabela 9: Relação entre os níveis de literacia em saúde e a situação académica (estudante/docente) (Teste t para amostras independentes).....	78
Tabela 10: Relação entre os níveis de literacia em saúde e as escolas do IPC (teste de comparação de médias ANOVA). ....	79
Tabela 11: Relação entre os níveis de literacia em saúde e a escolaridade dos pais (teste t para amostras independentes) .....	81
Tabela 12: Relação entre os níveis de literacia em saúde e a profissão dos pais na área da saúde (Teste t para amostras independentes).....	81
Tabela 13: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e as escolas do IPC (teste de comparação de médias ANOVA). ....	82
Tabela 14: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e a conclusão de um curso de saúde (Teste t para amostras independentes).....	84
Tabela 15: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e a situação socioeconómica (teste de comparação de médias ANOVA). ....	85
Tabela 16: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e o sexo (Teste t para amostras independentes). ....	86
Tabela 17: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e a idade (Teste Qui Quadrado de Pearson). ....	87

Tabela 18: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e a presença de doença crónica (Teste t para amostras independentes).....	88
Tabela 19: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e o nível de estudos que o estudante frequenta (teste de comparação de médias ANOVA). ....	89
Tabela 20: Relação entre os níveis de literacia em saúde do estudante e o facto do estudante ser finalista (Teste t para amostras independentes). ....	89
Tabela 21: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e a exclusividade relacionada com a área da saúde (Teste t para amostras independentes). ....	90
Tabela 22: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e ser profissional de saúde (Teste t para amostras independentes).....	90
Tabela 23: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e a situação socioeconómica (teste de comparação de médias ANOVA). ....	91
Tabela 24: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e o sexo (Teste t para amostras independentes).....	92
Tabela 25: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e a idade (Teste Qui Quadrado de Pearson).....	92
Tabela 26: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e a presença de doença crónica (Teste t para amostras independentes).....	94
Tabela 27: Relação entre os níveis de literacia em saúde e a escolaridade dos docentes (teste de comparação de médias ANOVA). ....	94

## Lista de siglas

CIES-IUL - Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa

DGS - Direção Geral da Saúde

eHEALS - *eHealth Literacy Questionnaire*

*eHealth* - Literacia em saúde digital (eSaúde)

ESTeSC - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

ESAC – Escola Superior Agrária de Coimbra

ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra

ESTGOH – Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital

*et al.* - e outros (autores)

EUA - Estados Unidos da América

HALS - *Health Activities Literacy Scale*

HLQ - *Health Literacy Questionnaire*

HLS-EU - *European Health Literacy Survey*

HLS-EU-PT - *European Health Literacy Survey Portugal*

HLS-EU-Q - *European Health Literacy Survey Questionnaire*

ILS-PT- Inquérito de Literacia em Saúde em Portugal

IPC - Instituto Politécnico de Coimbra

ISCAC – Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra

ISEC – Instituto Superior de Engenharia de Coimbra

NAAL- *National Assessment of Adult Literacy*

NVS - *Newest Vital Sign*

OMS - Organização Mundial da Saúde

REALM - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

S-TOFHLA - *Short Test of Functional Health Literacy in Adults*

TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação



TOFHLA - *Test of Functional Health Literacy in Adults*

EU - União Europeia

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

VHA - *Veterans Health Administration*

## 1. Introdução

O conceito de literacia em saúde surge pela primeira vez na década de 70, como uma abordagem à educação das populações para estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças. Com o passar dos anos, esta definição evoluiu para um conceito dinâmico e multidimensional, que envolve dimensões sociais, políticas, educacionais, económicas e demográficas. Sabe-se hoje, que o nível de literacia em saúde das populações é determinado por fatores ambientais, mas também individuais e que a forma como a informação é entendida e utilizada pode trazer benefícios na utilização dos serviços de saúde e redução dos custos em saúde.

Assim, a literacia em saúde, nas últimas décadas, tem captado maior atenção por parte dos investigadores, sendo já vários os trabalhos publicados na área, dada a pertinência da temática em questão. Para facilitar os estudos foram criadas várias ferramentas que possibilitam a sua medição e a obtenção de resultados capazes de orientar políticas de educação para a saúde das populações.

Em Portugal e no resto do mundo, o panorama de literacia em saúde tem ficado aquém das expectativas, desencadeando medidas de intervenção para melhorar os níveis de literacia da saúde das populações.

Este trabalho pretende contribuir para os estudos de literacia em saúde nacionais. Nele consta um enquadramento teórico e a aplicação da investigação dos níveis de literacia em saúde, na comunidade académica do Instituto Politécnico de Coimbra.

## 2. Literacia – Conceito

O termo literacia começou por definir-se de modo convencional, como o conjunto de competências básicas de escrita, leitura e cálculo (alfabetização). Mais tarde, o conceito tradicional de literacia, tendeu a alargar-se e evoluiu para uma perspetiva dimensional, no seu todo, abrangendo as capacidades de identificação, interpretação, criação, comunicação e de utilização da informação, bem como da sua utilização no quotidiano (Benavente *et al.*, 1996; UNESCO, 2023). A UNESCO, define literacia “como a capacidade de identificar, entender, interpretar, criar, comunicar e computar, usando materiais impressos e escritos associados a contextos variados. A literacia envolve um *continuum* de aprendizagem ao permitir que os indivíduos alcancem os seus objetivos, desenvolvam o seu conhecimento e potencial, e participem plenamente na comunidade e na sociedade em geral” (Jones, *et al.*, 2009, p.7).

Nos dias de hoje, a literacia é entendida como um fator determinante para o desenvolvimento das sociedades, e vários têm sido os esforços globais para que a literacia seja parte integrante dos programas políticos e sociais. Apesar do avanço conseguido até então, ainda há muito trabalho a fazer, já que segundo a UNESCO cerca de 771 milhões de jovens e adultos continuam sem acesso a mecanismos básicos de literacia e alfabetização (Monteiro, 2009; UNESCO, 2023).

Em suma, a literacia capacita os indivíduos para o seu quotidiano, fornecendo ferramentas cruciais à socialização e participação ativa na sociedade e no mercado de trabalho, contribuindo para o acesso a meios de subsistência, reduzindo a pobreza e melhorando a saúde das populações.

### 2.1. Literacia e Escolarização

Ao longo dos anos, as organizações internacionais têm tido especial preocupação em tratar as questões de literacia e alfabetização das populações, criando medidas e incentivando os países a promover a literacia, através da criação de políticas com vista a escolaridade obrigatória, permitindo o acesso ao ensino, a toda a população. Apesar de ser unanime que a escolarização está diretamente relacionada com o aumento dos níveis de literacia, esta relação não é linear. É preciso atender que a alfabetização obtida pela escolarização,

consiste na instrução formalmente obtida de saberes como a escrita, a leitura e o cálculo e que, a literacia, assenta na compreensão desses saberes e na sua utilização, e não na sua obtenção. Daqui é evidente a diferença expressa quando falamos em níveis de escolarização e níveis de literacia. Quanto maior o nível de escolarização, maiores serão as possibilidades de melhoria dos perfis de literacia de uma população. No entanto, quando se estuda os níveis de literacia de determinado grupo, num determinado momento, é preciso ter em conta que a literacia não é uma medida constante ao longo do tempo sendo difícil extrapolar de um grupo de estudo para uma população, e que esta depende do contexto social, económico, político e demográfico (Benavente *et al.*, 1996; Monteiro, 2009).

### 3. Literacia em Saúde

O conceito de literacia em saúde, surge na sequência da evolução do conceito de literacia, que assumiu uma nova definição multidimensional que pode ser específica de determinado contexto ou temática. Nos dias de hoje, o discurso sobre diferentes literacias, é comum e tem em conta um determinado tipo de conteúdo. Quando falamos em literacia em saúde, assumimos que a literacia pode ter esta característica, direcionando-se para um determinado assunto nas mais diversas áreas. Esta atualização do conceito de literacia vai ao encontro do contrassenso entre altos níveis de literacia geral e baixos níveis de literacia de conteúdo. Ou seja, um indivíduo com capacidade para compreender e utilizar informação geral, no seu dia-a-dia, pode em situações que exijam conhecimento específico, não ser capaz de aplicar as suas competências e informação sobre esse contexto. É por isso importante atender que a literacia pode compreender áreas particulares de conhecimento, tais como a literacia financeira ou a literacia em saúde (Nutbeam, 2009).

Em 1974, surge pela primeira vez a referência ao conceito de literacia em saúde. Simonds Scott, professor de educação para a saúde na Universidade de Michigan, apresentava nesse ano, um documento que refletia as suas preocupações em relação à ausência de políticas direcionadas para a educação em saúde, abrindo o mote para o aprofundamento do tema e aparecimento de novos trabalhos. Segundo o autor, a educação para a saúde é uma questão de política social, já que compreende uma dimensão social (atende ao bem-estar da população) e financeira (contribui para gestão eficiente dos recursos) (Simonds, 1974).

De facto, na década de 1960 a 1970, nos países desenvolvidos verificou-se um esforço na promoção de saúde, com o desenvolvimento de campanhas essencialmente direcionadas para a prevenção de doenças relacionadas com o estilo de vida das populações. Estas campanhas resultaram das primeiras experiências de educação para a saúde, e pretendiam incentivar a população a adquirir hábitos de vida saudáveis, informando sobre saúde. Contudo, a transmissão da informação, não viria a ser suficiente para alcançar as desejadas mudanças de comportamento. Parecia existir uma desigual eficácia de entendimento da informação, que viria a surtir maior efeito nos indivíduos com mais educação e financeiramente mais estáveis (Nutbeam, 2000).

Esta abordagem à importância de educar as populações para a saúde, desencadeou o aparecimento de literatura e de várias definições que dariam uma roupagem aquilo que

hoje definimos como literacia em saúde. Em 1998, A OMS definia o termo literacia em saúde como “as 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” (OMS, 1998, p.10). Assim, a literacia em saúde, implica o acesso a informação sobre saúde e a obtenção de um nível de conhecimento e competências pessoais, que produzam confiança para tomar decisões acertadas sobre a saúde individual e comunitária (OMS, 1998).

O Comité para a Literacia em Saúde do *Institute of Medicine*, em 2004, viria a reforçar que a literacia em saúde tem um papel crucial na promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e formulação de políticas, através do diálogo e discussão de informação sobre saúde, leitura e interpretação de dados em saúde, participação em estudos de pesquisa, entre outros, definindo a literacia em saúde como o “grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas” (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004, p.32).

Em 2005, os autores do documento - *Navigating Health – The Role of Health Literacy* - que pretendia mostrar a importância da literacia em saúde no contexto de complexidade crescente que nos coloca vulneráveis, definiram literacia em saúde como “a capacidade de tomar decisões de saúde sensatas no contexto da vida quotidiana – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no sistema de saúde, no mercado de trabalho e no contexto político. Trata-se de uma estratégia crítica para aumentar a capacidade de controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade de procurar informações e assumir as suas responsabilidades” (Kickbusch, Wait e Maag, 2005, p.8). Esta definição tem vindo a ser uma das mais utilizadas até aos dias de hoje, por ser ampla no seu quadro multidimensional.

Sørensen *et al.*, condensou as diferentes definições de literacia em saúde encontradas na literatura, para criar uma definição capaz de abranger, numa perspetiva de saúde pública, todos os tópicos inerentes ao conceito: “A literacia em saúde está ligada à alfabetização e envolve o conhecimento, a motivação e as competências dos indivíduos para aceder, entender, avaliar e aplicar informações de saúde para fazer avaliações e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para

manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida” (Sørensen *et al.*, 2012, p.3).

A abordagem estratégica da Comissão Europeia para a Saúde, tem vindo contemplar a literacia em saúde como uma prioridade e definiu, no plano para 2008-2013, literacia em saúde como a “capacidade de ler, filtrar e compreender informações de saúde para formar apreciações sólidas” (UE, 2007, p.4). O documento de 2007, aborda a perspetiva de mudança que se desencadeava à data, referindo que os cuidados de saúde se estavam a tornar cada vez mais individualizados, centrados nos doentes cuja participação tendia a ser mais ativa. Ou seja, os utentes dos serviços de saúde, passaram de meros utilizadores, a parte ativa dos mesmos, onde as suas decisões passariam a ter influência quer na eficiência, quer nos gastos dos serviços (UE, 2007).

As definições acima descritas, reforçam que é a capacidade individual de reter informação em saúde, que permitirá aplicá-la corretamente no dia-a-dia. Esta capacidade deteriora-se com o envelhecimento ou processos patológicos que têm impacto direto com o desempenho cognitivo. Contudo, são várias as determinantes que influenciam os níveis de literacia em saúde de uma população. Se a literacia em saúde incorre da capacidade de usufruir em pleno do sistema de saúde, podemos afirmar que esta dependerá, não só das características individuais (motivação para aprender), como também das características dos sistemas de assistência à saúde (qualidade de informação fornecida) (Baker, 2006).

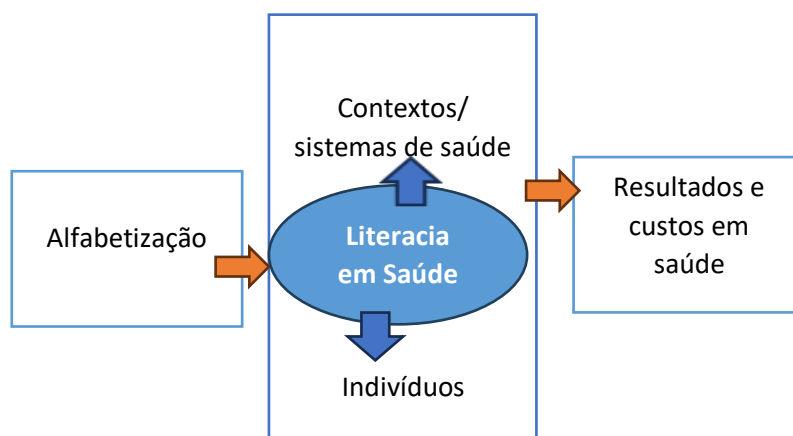


Figura 1: Enquadramento da Literacia em saúde (Adaptado de: Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004).

A figura 1, apresenta a literacia geral (alfabetização) como a base para a literacia em saúde, já que fornece aptidões básicas (escrita, leitura, cálculo, fala e compreensão) que capacitam os indivíduos a ler, falar e interpretar informações sobre saúde. O esquema, coloca a literacia em saúde com o mediador entre os indivíduos (com a suas particularidades cognitivas, sociais, físicas e emocionais) e os contextos/sistemas de saúde. De facto, é o conhecimento sobre saúde que permite aos indivíduos participar dos serviços de saúde, no seu todo, de forma mais consciente, originando melhores resultados e custos em saúde (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004).

Os indivíduos, como parte integrante dos sistemas de saúde, devem ter um papel ativo na melhoria dos cuidados e na redução dos custos. Para isso, é importante ter conhecimento sobre as práticas de saúde, os conceitos e formas de acesso aos cuidados. Todo o conhecimento aprendido potencia a eficiência dos serviços, e para isso, a população deve ter uma forte componente de interpretação e leitura das informações em saúde, sob a forma escrita ou falada (Monteiro, 2009).

Nesta perspetiva, vários autores defendem que o conceito de literacia em saúde é dinâmico e ativo. À medida que a sociedade se altera, a informação aprendida também carece de constante atualização. Ou seja, a literacia em saúde deve ser ativa, acompanhando as exigências da sociedade, permitindo adequar as decisões em saúde. Para além disso, cada indivíduo participa na transmissão da informação, dialogando com a restante comunidade, contribuindo para o estreitar de relações com os serviços de saúde, tornando a literacia em saúde dinâmica (Kickbusch, Wait e Maag, 2005).

Portanto a literacia em saúde, não pode ser entendida como uma orgânica isolada, mas deve ser entendida como parte integrante de um modelo social em constante mudança. Vários autores apresentam propostas de modelos conceptuais que ajudam a definir o processo de conceção e operacionalização da literacia em saúde. David Baker, propõe um modelo que relaciona a capacidade individual, a capacidade de perceber informação escrita e oral sobre saúde e os *outcomes* daí resultantes (Figura 2).



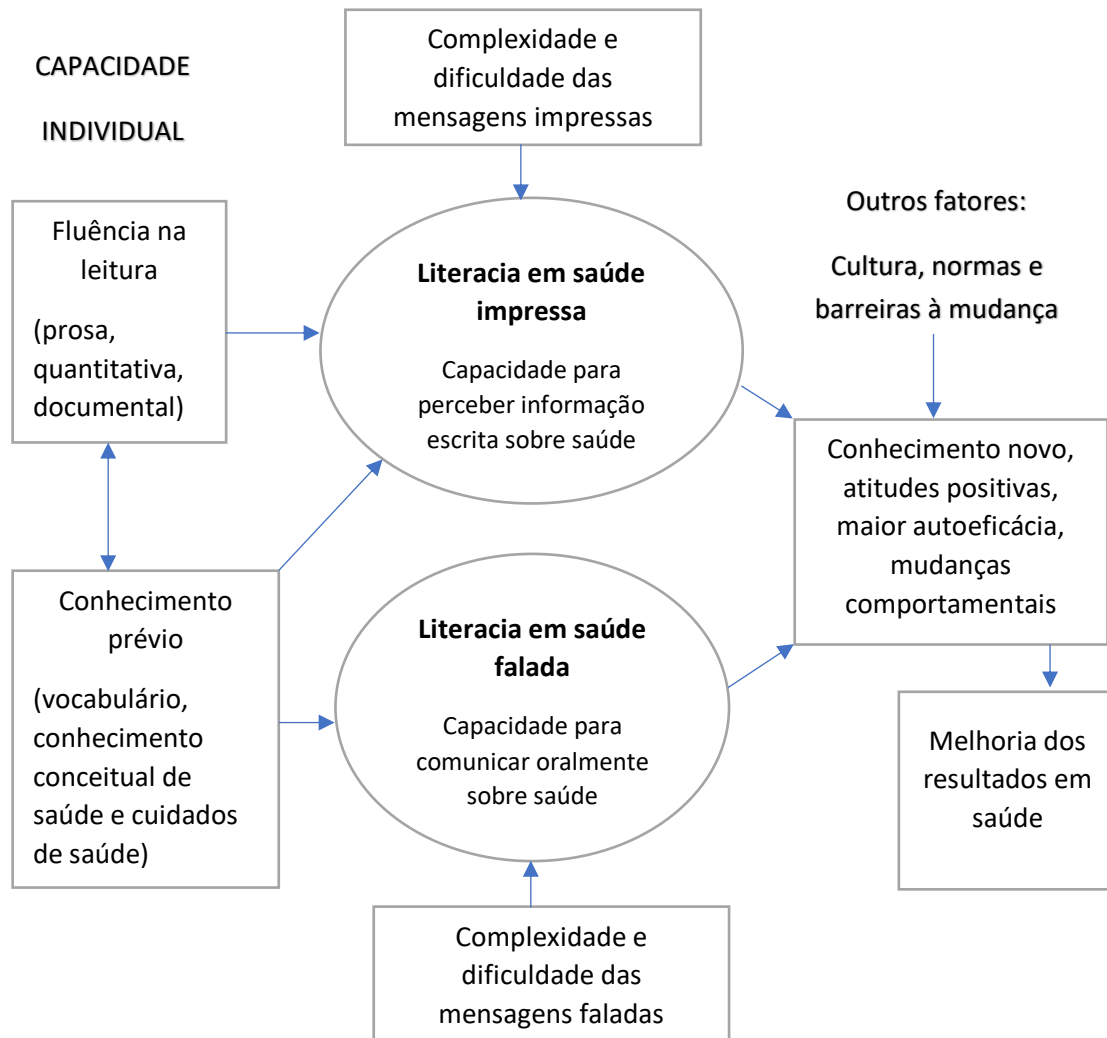


Figura 2: Modelo da relação entre as capacidades individuais, a comunicação oral e escrita e os resultados em saúde (Adaptado de: Baker, 2006).

O modelo apresenta-nos um primeiro domínio correspondente à capacidade individual para lidar com informação em saúde. Esta aptidão, está dependente do grau de literacia e da motivação individual para aprender e pode ser dividida em dois subdomínios: a fluência na leitura e o conhecimento prévio. A fluência na leitura pode ser entendida como a capacidade de entender e assimilar a informação lida, produzindo novos conhecimentos claros sobre saúde. O conhecimento prévio diz respeito à informação já adquirida pelo indivíduo antes da leitura de informação ou da conversa com um profissional de saúde. O conhecimento prévio, ou pré aprendido, varia de indivíduo para indivíduo e não depende diretamente da informação disponibilizada. Trata-se do conhecimento mais fundamental que cada indivíduo assimila mediante a sua condição de saúde ou patológica, mediante a

sua educação, o ambiente de vida e a sua curiosidade. Na generalidade, podemos dar como exemplo de conhecimento prévio, conceitos básicos de identificação de estruturas do corpo humano, descrição básica de sintomatologia e noções gerais das principais doenças. A componente de leitura por si só, aumenta o conhecimento prévio, através da assimilação de novos conceitos, que em revés permitem a melhor interpretação da informação lida.

O segundo domínio do modelo, relaciona a aptidão individual com a comunicação escrita e falada sobre saúde. A aptidão para compreender informação escrita sobre saúde aparece representada como dependente da fluência na leitura, do conhecimento prévio e claro, da complexidade da mensagem impressa. De facto, os indivíduos mais fortes na componente individual, terão maior facilidade em entender e interpretar informação escrita sobre saúde. Por outro lado, a capacidade individual de compreender informação falada, no diálogo com familiares, amigos ou profissionais de saúde, depende essencialmente do conhecimento prévio adquirido, quer da experiência quer da leitura, bem como da complexidade da mensagem que é verbalmente transmitida (Baker, 2006).

Os resultados gerados pelo conhecimento em saúde, incluem desde atitudes, motivação, intenções comportamentais, habilidades pessoais e autoeficácia, conduzindo a decisões mais acertadas em saúde, a ações de promoção e sensibilização e em última escala à melhoria de indicadores de saúde, como morbilidade, qualidade de vida e equidade (Nutbeam, 2000).

Manganello e Nutbeam, propuseram nos seus modelos uma diferenciação dos graus de literacia em saúde: a literacia básica/funcional, a literacia interativa/comunicativa e a literacia crítica. A primeira diz respeito às capacidades individuais básicas de leitura e escrita para viver o quotidiano, refletindo uma educação em saúde tradicional, baseada sobretudo nas informações sobre como usar o sistema de saúde, compreender os riscos em saúde e cumprir com as prescrições. A literacia interativa/ comunicativa, é descrita como um nível de literacia em saúde mais avançado que, permite extrair informações de vários meios de comunicação, e participar ativamente em atividades do quotidiano, criando as circunstâncias públicas de mudança. A literacia crítica pode ser entendida como aquela que permite a análise crítica da informação disponível, para assegurar um maior controlo das situações de vida. Manganello acrescenta ainda a literacia dos *media*, que

corresponde à capacidade de analisar criticamente a informação disponibilizada pela comunicação social, de grande impacto nos jovens (Manganello, 2008; Nutbeam, 2000).

Zarcadoolas *et al.*, propõe também um modelo semelhante para a literacia em saúde, baseado em 4 domínios: literacia fundamental (competências de leitura, escrita, fala e numéricas), literacia científica (capacidade para entender termos e processos científico-tecnológicos), literacia cívica (capacidade dos indivíduos para participarem ativamente nas questões de saúde públicas) e literacia cultural (capacidade de divulgar conhecimentos sobre saúde e mudar comportamentos, atendendo às questões culturais de cada sociedade) (Zarcadoolas, Pleasant e Greer, 2005).

Sørensen *et al.*, apresenta um modelo concetual que vai ao encontro de algumas lacunas encontradas pelos autores, numa revisão aprofundada dos modelos existentes. Os autores do modelo (Figura 3), consideraram que a grande maioria dos modelos não contempla a dinâmica que caracteriza o conceito de literacia em saúde. Este conceito, não é estático, envolve um processo de procura, obtenção, compreensão e comunicação da informação, e deve atender aos modelos para literacia em saúde pública, englobando as suas dimensões e os seus vastos conceitos, e não apenas identificar os fatores de influência para a literacia em saúde e os seus resultados.

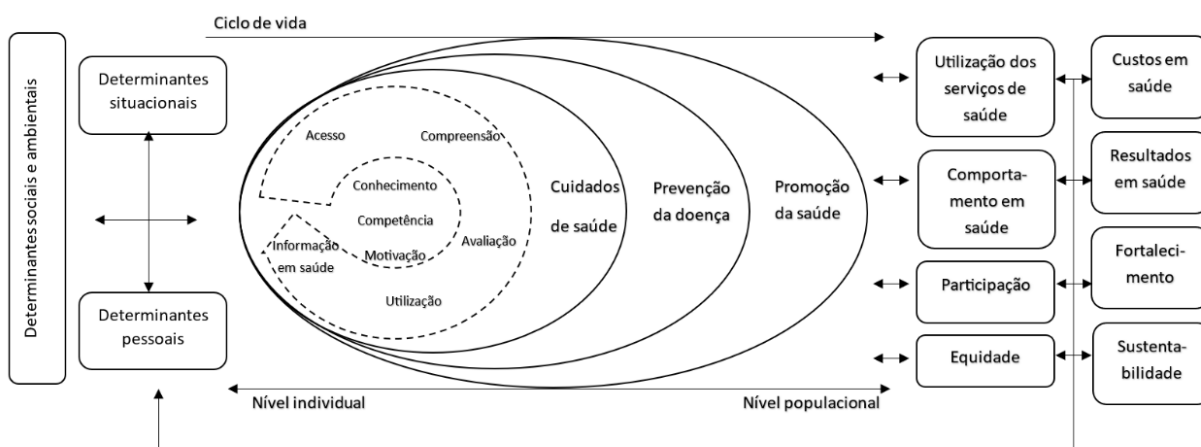


Figura 3 - Modelo conceitual de literacia em saúde (Adaptado de Sørensen *et al.*, 2012).

Na tentativa de colmatar algumas das lacunas apontadas, Sørensen *et al.*, criaram um modelo mais completo que combina os ideais dos modelos anteriores com os principais domínios da literacia em saúde (promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde), representados nas formais ovais do modelo. Para além disso, este modelo

distingue-se dos restantes porque apresenta os fatores proximais e distais que influenciam a literacia em saúde e os caminhos que conduzem aos resultados. No núcleo do modelo, estão representadas as competências, o conhecimento e a motivação individual que impulsionam a capacidade de aceder, entender, avaliar e aplicar a informação sobre saúde. Cada umas destas competências (acesso, compreensão, avaliação e utilização), constituem as dimensões para a literacia em saúde, que quando cruzados com os três domínios do modelo (cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença), geram uma matriz com doze dimensões para a literacia em saúde, que falaremos em mais detalhe adiante (Sørensen *et al.*, 2012).

Diariamente, milhões de pessoas tomam decisões sobre a sua saúde, mas também sobre a saúde dos seus familiares e das comunidades, sendo que estas não ocorrem estritamente no ambiente restrito dos espaços de saúde, mas sim no dia-a-dia, em casa, no trabalho, nas escolas, desempenhando um papel fundamental no quotidiano dos indivíduos (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004).

A literacia em saúde desempenha um papel fundamental na melhoria do estado de saúde das populações, no aumento do conhecimento sobre saúde, na utilização mais consciente dos serviços de saúde, na redução dos custos em saúde, na redução das desigualdades e na adoção de comportamentos que promovam a autoeficácia. A literacia em saúde é por isso um conceito abrangente que envolve questões educacionais, sociais, económicas e políticas (Baker, 2006; Nutbeam, 2000; Simonds, 1974).

### 3.1. Dimensões da Literacia em Saúde

A investigação na área da literacia em saúde, tem tido especial destaque nas últimas décadas. São vários os estudos que apontam para a importância da literacia em saúde na melhoria e manutenção da saúde, quer individual, quer comunitária. Sabemos hoje, que o conceito de literacia em saúde é multidimensional e engloba vários componentes individuais, tais como o conhecimento/alfabetização, a motivação e a competência, assim como determinantes do próprio quotidiano em sociedade (Baker, 2006).

O aumento de estudos na área, têm evidenciado a complexidade do conceito de literacia em saúde, que não reúne unanimidade na sua definição global, nas suas determinantes,

dimensões e na forma como deve ser medida. Os autores apresentam diferentes perspetivas do problema, evidenciando uma vasta gama de fatores que compõem a definição e uma variação considerável nos modelos propostos, nomeadamente nas dimensões do conceito, que permanecem ainda controversas. A grande maioria dos modelos conceituais existentes, não só consideram os aspetos individuais e de contexto, que influenciam a literacia em saúde, como também identificam os seus componentes e a forma como a sua interação gera resultados em saúde, apontando assim as principais dimensões do conceito. Apesar dos elementos que compõem o conceito de literacia em saúde, variarem consideravelmente entre autores, todos eles pretendem traduzir as capacidades cognitivas e os comportamentos que permitem ao indivíduo desempenhar corretamente o seu papel dentro do sistema de saúde (Sørensen *et al.* 2012).

Na tentativa de esclarecer ambiguidades afetas ao conceito, Speros propõe quatro dimensões para a literacia em saúde: capacidades de leitura e contagem, compreensão, capacidade de utilizar a informação na decisão em saúde e a eficácia enquanto utilizador dos cuidados de saúde. As capacidades de leitura e contagem dependem de um vasto leque de comportamentos, como focar a atenção, reconhecer as palavras, integrar novos conhecimentos, realizar cálculos matemáticos básicos, utilizando a informação pré aprendida para entender novos termos. A compreensão diz respeito à lógica do conteúdo dada pelos indivíduos, em determinado contexto, dando sentido ao que é lido ou falado sobre saúde. O conhecimento previamente adquirido auxilia a compreensão de novo conteúdo, facilita a tomada de decisão em saúde e permite uma participação eficaz dos utilizadores da esfera de cuidados de saúde (Speros, 2005).

Lee *et al.*, propuseram um modelo que possibilita compreender a ligação entre a literacia em saúde, o estado de saúde e a utilização dos serviços de saúde. Neste modelo identificaram quatro dimensões para a literacia em saúde: conhecimento da doença e autocuidado, comportamentos de risco para a saúde, cuidados preventivos, consultas médicas de rotina e adesão à terapêutica. Ao contrário do modelo de Speros, direcionado para a vertente individual da literacia em saúde, o modelo de Lee *et al.* toca nas questões de saúde pública, direcionando o seu modelo numa perspetiva comunitária da literacia em saúde. Este modelo recorre aos grandes domínios da saúde, como a prevenção de doenças, os cuidados e a promoção de saúde, para enfatizar que uma literacia em saúde deficitária,

diminui a procura de cuidados de saúde, piora os comportamentos de saúde e piora a adesão à medicação e terapêuticas. A procura tardia de cuidados de saúde, conduz a um agravamento do estado de saúde e em consequência a uma procura por cuidados emergentes e urgentes, em ambiente hospitalar (Lee, Arozullah e Cho, 2004).

Sørensen *et al.*, através do estudo e compilação de vários modelos propostos, desenvolveram um modelo e uma matriz dimensional que cruza os três domínios da saúde (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), com quatro dimensões da literacia em saúde (acesso, compreensão, avaliação e utilização) (Figura 3) (Sørensen *et al.*, 2012). Na tabela 1, vimos representadas as doze dimensões propostas por Sørensen *et al.*, para o conceito de literacia em saúde.

	<b>Acesso/obtenção de informação relevante sobre saúde</b>	<b>Compreensão da informação relevante sobre saúde</b>	<b>Avaliação da informação relevante sobre saúde</b>	<b>Utilização da informação relevante sobre saúde</b>
<b>Cuidados de saúde</b>	Capacidade de aceder a informação sobre assuntos médicos ou clínicos	Capacidade para entender a informação médica e derivar o significado	Capacidade para interpretar e avaliar a informação médica	Capacidade para tomar decisões informadas sobre assuntos médicos
<b>Prevenção da doença</b>	Capacidade para aceder a informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade para entender informação sobre os fatores de risco e derivar o significado	Capacidade para interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de tomar decisões informadas sobre fatores de risco para a saúde
<b>Promoção da saúde</b>	Capacidade de atualização sobre as determinantes em saúde, no contexto social e físico	Capacidade para entender informação sobre os determinantes da saúde, no contexto físico e social, e derivar o significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre os determinantes da saúde, no contexto físico e social	Capacidade para tomar decisões informadas sobre as determinantes em saúde, no contexto físico e social

Tabela 1: Dimensões da literacia em saúde. (Adaptado de Sørensen *et al.*, 2012).

A prestação de cuidados de saúde atende num conjunto de ações que visam proteger a saúde das populações, no entanto, não garante que a sua utilização produza os melhores

resultados possíveis. É importante que o utilizador desses cuidados, possa usufruir em pleno do sistema de saúde, contribuindo para a sua eficácia. A literacia em saúde, desempenha um papel fundamental neste panorama, já que capacita os indivíduos a utilizar apropriadamente os serviços de saúde, através da avaliação correta do seu estado de saúde, do conhecimento dos cuidados de saúde disponíveis, da compreensão da informação sobre a sua saúde e da adesão à terapêutica prescrita (Monteiro, 2009).

A prevenção de doença, pretende acautelar a ocorrência de doença, interromper a sua progressão ou diminuir as suas consequências em caso de estar instalada, mas também reduzir os comportamentos de risco (OMS, 1998). A taxa de utilização de cuidados preventivos (nomeadamente rastreios), está intimamente ligada com a capacidade de compreender a importância dos exames de deteção/tratamento precoce de doenças. De facto, a adesão a consultas e exames de rotina está positivamente relacionada com os níveis de literacia em saúde dos utilizadores dos mesmos cuidados preventivos. Para além deste aspeto, indivíduos com baixa literacia em saúde, carecem de informação sobre os fatores de risco e por isso têm tendência a adotar comportamentos negativos para a sua saúde, tais como fumar, abusar de substâncias ilícitas e álcool e adotar uma vida sedentária (Lee, Arozullah e Cho, 2004).

A promoção da saúde, possibilita às populações adotar comportamentos adequados à melhoria e controle da sua saúde e apresenta uma envolvente social e política. De facto, a promoção da saúde abrange ações para capacitação individual em saúde, mas também ações que impactam na mudança das condições sociais, económicas e ambientais com vista à melhoria da saúde individual e das populações. Ao promover comportamentos saudáveis, ações de propaganda sobre saúde e mudanças de contexto, estamos a permitir aos indivíduos a possibilidade de aumentarem os seus níveis de literacia em saúde (OMS, 1998).

Assim, para além da componente individual de acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação, a literacia em saúde requer uma componente coletiva de cuidados de saúde e da sua promoção, e prevenção de doenças. É nesta esfera global que podem ser medidos indicadores de saúde, nomeadamente a sua utilização e custos associados (Nunes, Sørensen e Pelikan, 2014).

Em suma, as dimensões afetas ao conceito de literacia em saúde não reúnem consenso entre os autores. Trata-se de um conceito complexo que envolve múltiplas variáveis,

individuais, sociais, políticas e económicas, as quais falaremos em detalhe adiante, variáveis essas que não são constantes ao longo dos tempos, mas sim dinâmicas, acompanhando a evolução da sociedade e dos sistemas de saúde.

### 3.2. Determinantes da literacia em saúde

De acordo com as definições mencionadas anteriormente, a literacia em saúde refere-se à obtenção de competências necessárias para tomar decisões acertadas sobre saúde. Contudo, para além da componente individual, a literacia em saúde está fortemente associada a fatores socioeconómicos, políticos, culturais, educacionais e dos sistemas de saúde, daí a importância de contextualizar a literacia em saúde. A relação entre estes fatores, que desde logo se consideram evolutivos, e os níveis de literacia em saúde, tem sido evidenciada por vários autores, que apoiam a forte ligação e apontam determinantes para a literacia em saúde (Paasche-Orlow e Wolf, 2007).

O sistema educativo, tem um impacto substancial na saúde das populações. Sabemos hoje, que a melhoria dos níveis de alfabetização das populações, culmina com um aumento de literacia geral e de conteúdo, nomeadamente em saúde. Em países com baixos níveis de escolarização, a relação é mais evidente. Pesquisas mostram que mulheres que participam em programas de alfabetização, têm mais conhecimentos sobre planeamento familiar e de saúde geral, e por isso têm mais facilidade em aderir a programas de vacinação e a procurar ajuda médica. Assume-se que quanto maior for o grau de escolaridade, maior será o nível de literacia em saúde, já que é a escola que fornece as ferramentas de base para o processo de literacia (UNESCO, 2005).

Vários autores apontam como fatores determinantes para a literacia em saúde, as aptidões pessoais ou individuais, como as capacidades de leitura e escrita, a capacidade de compreensão e de utilização eficaz da informação, a motivação, as competências de comunicação, ou seja, toda a parte cognitiva e a envolvente social que permite ao indivíduo, não só utilizar o aprendido, como também impulsionar a transmissão de informação. A componente individual não é estática, mas sim dinâmica, evoluindo consoante o quotidiano, as vivências experienciadas e o ambiente social e familiar. Os níveis de literacia em saúde são determinados pelo contexto situacional de cada indivíduo,



que perante o sistema de saúde pode representar um utilizador saudável ou doente não crónico, que recorre aos cuidados preventivos e a consultas de rotina, ou um doente crónico que contacta frequentemente com o sistema de saúde. Utilizadores pouco frequentes do sistema de saúde, tendem a aderir com mais dificuldade aos tratamentos e a entender de forma limitada a informação prestada pelos profissionais de saúde, já que o contacto é breve e espaçado no tempo. Em contrapartida, um doente crónico, contacta com frequência com o sistema de saúde e procura mais informação sobre a sua condição patológica, factos que favorecem a assimilação de informação sobre saúde e geram melhores resultados (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004).

As determinantes cultural e social assumem também responsabilidade nos resultados em saúde. A cultura baseada na crença, ideais e valores dos indivíduos em sociedade, determina a adoção de atitudes que influenciam a interação com os sistemas de saúde. Quando existem diferenças culturais vincadas, é maior o potencial conflito e a interpretação inadequada da informação, sendo por isso crucial adaptar a abordagem sobre saúde às crenças e valores da população-alvo (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004; Zarcadoolas, Pleasant e Greer, 2005).

Os sistemas de saúde são também parte responsável quando falamos sobre literacia. Existe evidencia de que a literacia em saúde favorece a utilização plena dos serviços de saúde, já que facilita a interação entre os seus membros. Os sistemas de saúde compostos por todos os profissionais que nele trabalham e pelos seus utilizadores, podem ser entendidos como estruturas complexas e burocráticas, em constante mudança e por isso, difíceis de navegar. Sistemas de saúde mais próximos e capazes de disponibilizar informação, promover campanhas e sensibilizar os utilizadores para questões de saúde, são estruturas promotoras de literacia em saúde e, por isso, mais eficientes (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004).

O contexto político tem também uma forte influência nos níveis de literacia em saúde das populações. Simonds, foi um dos pioneiros a apontar a educação para a saúde como uma política social fundamental para o bem-estar das populações, e a sugerir algumas medidas políticas e objetivos a alcançar. As medidas políticas permitem a intervenção nos sistemas educativos, nos sistemas de saúde e sociais, aproximando a informação das pessoas, educando para a saúde no dia-a-dia, na escola, no trabalho, nos consultórios médicos, e na

comunicação social e publicitária que chega às populações sem necessidade de procura. São medidas políticas que focam estas vertentes que permitem educar a população para as questões de saúde. Simonds, vai mais longe e afirma que “não desenvolver e implementar políticas de educação em saúde é ser socialmente irresponsável, negligente e abusar da confiança pública” (Simonds, 1974, p.9).

Estudos indicam que a população economicamente mais desfavorecida, tende a apresentar menores níveis de literacia em saúde. De facto, os indivíduos com baixos rendimentos, tendem a aceder menos aos cuidados de saúde e a frequentar menos a escola, factos que os colocam vulneráveis quer em saúde, quer na situação socioeconómica. Um grau de escolarização menor, tende a colocar os indivíduos em situações de trabalho precárias, dificuldade em pagar as contas, que conduz ao agravamento do estado de saúde pelo difícil acesso aos cuidados (Kickbusch, Wait e Maag, 2005). Nesta ordem de ideias destacamos que a equidade no acesso aos cuidados de saúde, está também relacionada com a literacia em saúde e que a disparidade nos cuidados de saúde, tem impacto direto nos grupos mais vulneráveis. A população vítima de discriminação racial ou religiosa, cuja condição socioeconómica é frágil, portadora de deficiência mental ou física, refugiada ou deslocada, tende a enfrentar vários obstáculos no acesso aos cuidados de saúde, devido ao estigma de cariz histórico que acompanha as gerações (Kickbusch, Wait e Maag, 2005; Schillinger, 2020).

Por fim, a idade representa um fator importante para a literacia em saúde já que, com o avançar da idade, as capacidades cognitivas tendem a diminuir. A linguagem é também um determinante importante já que influencia o acesso e a compreensão da informação. Grande parte da informação disponibilizada está em inglês, dificultando a interpretação da informação pelos indivíduos que não possuem capacidades de leitura e escrita nesse idioma (Schillinger, 2020).

Em suma, a literacia em saúde é conduzida e influenciada mediante fatores demográficos, psicossociais e culturais (estado socioeconómico, rendimentos, suporte social, cultura, forças ambientais e políticas...), assim como fatores proximais, tais como as características individuais (contexto social e familiar, visão, audição, capacidades cognitivas de leitura, escrita e compreensão, memória, raciocínio...), a literacia geral e a experiência enquanto utilizador do sistema de saúde (Sørensen *et al.*, 2012).

### 3.3. Literacia em saúde e as consequências em saúde

Um dos primeiros estudos avaliativos das consequências dos baixos níveis de literacia em saúde das populações foi conduzindo em 1997 por Baker *et al.*, e permitiu investigar a influencia da literacia em saúde na aquisição de conhecimento sobre doenças, no estado de saúde e na utilização dos serviços de saúde. A investigação revelou que os indivíduos com níveis mais baixos de literacia em saúde, tendem a ter dificuldade em entender a informação sobre as suas doenças e tendem a apreciar negativamente a sua saúde. O estudo mostrou ainda que níveis baixos de literacia em saúde estão diretamente relacionados com taxas mais altas de hospitalização já que a procura por cuidados de saúde, nestes indivíduos, tende a ser mais tardia e pouco preventiva (Lee, Arozullah e Cho, 2004). No mesmo ano, uma pesquisa canadiana revelou que 22% da população do Canadá era incapaz de ler o rótulo do medicamento e calcular corretamente a dosagem do medicamento a administrar a crianças. Em 2005, um estudo entre 2000 adultos no Reino Unido, evidenciou que uma em cada cinco pessoas tinha problemas com as capacidades básicas necessárias a compreender informação simples sobre saúde. Outros estudos, corroborativos do efeito negativo dos baixos níveis de literacia em saúde, foram surgindo revelando que os indivíduos com níveis inadequados de literacia em saúde são mais propensos a utilizar os serviços de emergência, são mais suscetíveis a hospitalização, aderem menos ao plano terapêutico, utilizam escassamente os cuidados de saúde preventivos e incorrem em mais custos para os serviços de saúde (Kickbusch, Wait e Maag, 2005; Shahid *et al.*, 2022).

Rudd *et al.*, utilizando uma escala desenvolvida para estudar a literacia em tarefas relacionadas com a saúde (HALS - *Health Activities Literacy Scale*), investigaram os níveis de literacia relacionada com saúde entre os adultos dos EUA, descrevendo os grupos de risco ou vulneráveis. A escala permitiu pontuar de zero a quinhentos pontos, colocando os indivíduos em níveis de literacia de 1 (pior nível de literacia em saúde) a 5 (melhor nível de literacia em saúde). O estudo estimou que cerca de 12% da população se encontra no nível mais baixo de literacia em saúde, o nível 1 (literacia em saúde muito limitada ou restrita). Abaixo do nível 1, encontra-se 7% dos inquiridos, resultando numa percentagem de 19% de literacia em saúde muito limitada para a população dos EUA. Apenas 1% do total da população, se encontra no nível 5 da escala (Rudd, Kirsch e Yamamoto, 2004).

Em Portugal, os resultados do *Health Literacy Population Survey Project 2019–2021*, revelaram que a maioria da população apresenta níveis satisfatórios de literacia em saúde (65% apresentam níveis adequados e 5% níveis excelentes de literacia em saúde). No entanto, 22% dos inquiridos apresentam níveis problemáticos e 8% níveis inadequados, o que sugere que 3 em cada 10 portugueses apresentam baixos níveis de literacia em saúde. O estudo revelou ainda que a população portuguesa tem dificuldade em processar a informação relativa à prevenção de doenças, em avaliar a informação fornecida sobre saúde e em navegar no sistema de saúde (Arriaga *et al.*, 2022).

Os resultados em saúde estão diretamente relacionados com os níveis de literacia em saúde das populações. Sabe-se hoje que baixos níveis de literacia em saúde trazem consequências na saúde individual, coletiva e nos gastos em saúde. Níveis baixos de literacia em saúde têm sido identificados como fator de risco para o aparecimento de várias doenças crónicas, tais como a obesidade, diabetes, cancro e doenças cardiovasculares. Araújo *et al.* desenvolveram um estudo, num agrupamento de centros de saúde do Minho, que pretendia avaliar o conhecimento da população acerca da diabetes *mellitus* tipo 2 e a qualidade de vida destes doentes. O estudo concluiu que o conhecimento sobre a doença e a qualidade de vida estão positivamente relacionadas e que a amostra apresentou baixos níveis de conhecimento (Araújo *et al.*, 2020). Bennett *et al.*, desenvolveram um estudo capaz de relacionar o estágio de evolução do cancro da próstata, com a literacia em saúde. Os indivíduos com menores níveis de literacia em saúde apresentaram estádios mais avançados de cancro da próstata (Bennett *et al.*, 1998). Estudos recentes revelam ainda que níveis inadequados de literacia em saúde, podem estar relacionados com taxas de mortalidade superiores. Baker *et al.*, estudou a relação entre a literacia em saúde e a mortalidade em idosos, e concluiu que o risco de mortalidade neste grupo, é superior naqueles cuja literacia em saúde é inadequada ou marginal, quando comparados com os que possuem níveis de literacia em saúde adequados (Baker *et al.*, 2007).

De facto, um inadequado conhecimento e compreensão, dos serviços de saúde, tende a gerar uma desvalorização dos cuidados preventivos e de rastreio, favorecendo um aumento da gravidade de doenças crónicas e a dificuldade de estabilização dessas mesmas doenças, pela fraca adesão à terapêutica, aspetos que conduzem à deterioração das condições gerais de saúde. Na tentativa de relacionar as capacidades de leitura com a

promoção da saúde e a prevenção de doenças, Dewalt *et al.*, mostraram no seu estudo que as pessoas com menor escolaridade tinham maior probabilidade de nunca terem realizado um teste Papanicolau, uma mamografia nos últimos 2 anos, ou a vacinação para Influenza ou pneumocócica (Dewalt *et al.*, 2004).

Vários estudos têm vindo a provar que indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde, avaliam o seu estado de saúde negativamente. Baker *et al.*, aponta uma probabilidade duas vezes superior de uma autoavaliação negativa do estado de saúde para aqueles com níveis de literacia em saúde inadequados, comparativamente aos indivíduos com níveis adequados (Baker *et al.* 1997).

A elevada taxa de hospitalização e a fraca adesão à terapêutica e à medicação constituem as principais consequências para os serviços. Os doentes tendem a ter dificuldades em compreender para que serve a medicação prescrita, como deve ser tomada e os possíveis efeitos adversos, factos que conduzem ao abandono da terapêutica. Sobretudo na população idosa, que pela sua fragilidade constitui um grupo populacional cujos níveis de literacia em saúde tendem a ser inadequados (diminuição das capacidades cognitivas, própria da idade), a capacidade para entender e assimilar a terapêutica prescrita e compreender a informação que consta nos rótulos, é escassa, conduzindo à toma incorreta da medicação que pode conduzir à hospitalização e a períodos longos de internamento (Baker *et al.*, 2002; Lee, Arozullah e Cho, 2004).

Baker *et al.*, estudaram a relação entre baixos níveis de literacia em saúde e a probabilidade de hospitalização e verificaram que os pacientes com níveis de literacia em saúde inadequados, ou marginais têm uma maior probabilidade de hospitalização, quando comparados com pacientes com níveis de literacia em saúde adequados (Baker *et al.* 1998, 2002).

Mais recentemente, Shahid *et al.*, investigaram a relação entre a literacia em saúde e dois resultados em saúde: tempo de internamento e readmissão hospitalar em 90 dias após alta, e readmissão no serviço de urgência em 90 dias após alta. O estudo envolveu doentes internados de duas unidades hospitalares, submetidos a um inquérito avaliativo do grau de literacia em saúde. A investigação verificou que 32% dos inquiridos tinham um nível de literacia em saúde inadequada, e que estes pacientes eram mais propensos a visitar os serviços de urgência comparativamente aos 50% dos inquiridos com níveis de literacia em

saúde adequados. Neste estudo, o tempo de internamento e a readmissão hospitalar não mostrou ter relação com os níveis de literacia em saúde (Shahid *et al.*, 2022).

Em suma, níveis adequados de literacia em saúde contribuem para a melhoria do estado de saúde auto relatado, utilização regrada dos serviços de saúde e redução dos custos em saúde, através da aquisição de conhecimento capaz de tornar os indivíduos mais eficazes no que toca ao autocuidado e à adoção de comportamentos promotores de saúde (Sørensen *et al.*, 2012).

#### 3.4. Literacia em saúde e os custos em saúde

Os custos associados aos baixos níveis de literacia em saúde, têm sido amplamente estudados. Estima-se que na América os baixos níveis de literacia em saúde, custem à economia 73 biliões de dólares, por ano (Kickbusch, Wait e Maag, 2005). Vários estudos confirmam que pessoas com baixos níveis de literacia em saúde, são menos capazes de cuidar de si, e fazem mais uso dos serviços de saúde, contudo é difícil ainda determinar com precisão os custos que uma literacia em saúde deficiente traz aos sistemas e às pessoas.

Um estudo levado a cabo na população americana entre 1996 e 1997 permitiu estudar um grupo de pessoas inscritos no plano de saúde Medicare, aos quais foi aplicado um questionário que incluía o *Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)*. Paralelamente, os investigadores acederam à base de dados dos sinistros registados pela seguradora, que incluíam todos os custos dos serviços médicos. Verificou-se que a maior parcela de custo, diz respeito aos internamentos e que existe diferença no custo dos internamentos quando comparados os níveis de literacia em saúde. O gasto previsto para internamentos de indivíduos com níveis de literacia em saúde inadequados é de aproximadamente 450 dólares superior (por pessoa), comparativamente às pessoas com níveis adequados de literacia em saúde. O estudo evidencia ainda que os gastos previstos com atendimentos nos serviços de urgência, são 51 dólares superiores (por pessoa) para os indivíduos com literacia em saúde inadequada (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004). Eichler *et al.*, através de uma revisão sistemática da literatura sobre os custos associados a níveis inadequados de literacia em saúde, concluiu que ao nível dos sistemas de saúde, os

custos adicionais pela deficiente literacia em saúde, variam entre 3 a 5% dos custos totais dos cuidados de saúde, por ano. Este estudo permitiu ainda averiguar os custos que níveis baixos de literacia em saúde, representam para cada indivíduo e para as suas despesas em saúde. Os indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde gastam entre 143 a 7.798 dólares (por pessoa) a mais em cuidados de saúde, quando comparados com indivíduos com níveis adequados de literacia em saúde (Eichler, Wieser e Brugger, 2009).

Um outro estudo, em 92.749 pessoas inscritas na *Veterans Health Administration* (VHA), sistema integrado de saúde americana, permitiu averiguar a relação entre a literacia em saúde e os custos dos cuidados de saúde entre 2007 e 2009. Conclui-se que o custo médio dos cuidados de saúde (por paciente, em três anos) para aqueles com literacia em saúde inadequada ou marginal foi substancialmente maior (31.581 e 23.508 dólares, respetivamente) comparativamente aqueles com níveis adequados de literacia em saúde (17.033 dólares). Para os indivíduos com níveis inadequados ou marginais de literacia em saúde, o custo dos cuidados de saúde, estimado para três anos foi, no total, 143 milhões de dólares superior, em relação aqueles com adequada literacia em saúde (Haun *et al.*, 2015).

Em suma, investir na literacia em saúde é o caminho que pode evitar o gasto de milhões no setor da saúde, e melhorar a saúde geral das populações.

### 3.5. Medição da literacia em saúde

A avaliação da literacia em saúde das populações, permite sinalizar lacunas e direcionar as estratégias de intervenção futuras através da criação de políticas capazes de ir ao encontro das necessidades. A medição dos níveis de literacia em saúde das populações, tem um papel crucial nesta perspetiva, e por isso, surgiu a necessidade de criação de instrumentos capazes de auxiliar nesta tarefa. Os instrumentos de medição da literacia em saúde foram evoluindo ao longo dos anos, acompanhando a evolução do próprio conceito de literacia em saúde e a sua esfera dimensional (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004).

Na literatura encontramos vários instrumentos de medição dos níveis de literacia em saúde, desenvolvidos ao longo dos anos, nomeadamente o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) e a sua versão reduzida, o *Short -Test of Functional Health*

*Literacy in Adults* (S-TOFHLA), o *Newest Vital Sign* (NVS), e o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) que correspondem aos instrumentos mais amplamente utilizados, o *The eHealth Literacy Scale* (eHEALS) e o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) sobre os quais faremos uma breve descrição:

- ✓ *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) e *Short -Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA): desenvolvido para medir a literacia funcional em saúde, centrado na compreensão da leitura e na capacidade de utilizar a numeracia. Este instrumento de medição utiliza materiais relacionados com os cuidados de saúde para avaliar os níveis de compreensão dos inquiridos quando confrontados com instruções para testes de diagnóstico e tratamentos, receitas médicas, formulários e informações clínicas. O teste é dividido em duas partes, compreensão de texto e compreensão numérica, e tem uma duração de 20 a 25 minutos. A escala utilizada para avaliar a capacidade de ler e compreender informação sobre saúde, compreende 50 itens e utiliza o procedimento de *Cloze* que consiste na omissão de palavras no texto, deixando um espaço em branco para que o respondente possa preencher com o vocábulo que considere mais correto entre quatro vocábulos propostos, para completar o sentido do texto exposto. Apenas uma das opções é a correta atendendo à gramática e ao contexto da frase. A escala utilizada para a compreensão numérica, é composta por 17 itens e utiliza informações contidas em rótulos e posologias de medicamentos, e avalia a capacidade de leitura e raciocínio numérico. Por cada resposta correta é atribuído um ponto e por cada resposta incorreta é atribuído zero pontos. O resultado do teste TOFHLA é obtido através da soma ponderada da pontuação das duas partes do questionário, com igual peso percentual. A pontuação final obtida varia entre 0-100 pontos. Os inquiridos com pontuação igual ou inferior a 59 pontos totais, apresentam níveis inadequados de literacia em saúde, indivíduos com pontuação entre 60-74 pontos totais apresentam níveis marginais de literacia em saúde e os indivíduos com pontuação superior a 74 pontos, têm níveis adequados de literacia em saúde. O teste TOFHLA apresenta ainda uma versão reduzida, o *Short -Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA), que demora cerca de 5 a 12 minutos a responder, e que contém apenas 4 itens para a compreensão numérica



e 36 itens para a compreensão de texto. Para esta versão, os resultados variam de 0-53 pontos totais, para níveis inadequados, de 54-66 pontos totais para níveis marginais e de 67-100 pontos totais para níveis adequados de literacia em saúde. A secção numérica do teste S-TOFHLA é bastante redutora, facto que traz algumas reservas na confiança da utilização desta versão (Baker *et al.*, 1999; Dewalt *et al.*, 2004; Monteiro, 2009).

- ✓ *Newest Vital Sign (NVS)*: desenvolvido para uma avaliação rápida dos níveis de literacia em saúde dos doentes em consultório. O teste tem a vantagem de demorar apenas 3 minutos e permite ao profissional de saúde aplicá-lo em consultório durante os procedimentos médicos, nomeadamente durante a avaliação dos sinais vitais e por isso o teste tomou esta designação. Trata-se da apresentação de um rótulo nutritivo de um gelado e da aplicação de 6 perguntas sobre a informação que consta nesse mesmo rótulo. O instrumento permite de uma maneira breve avaliar a capacidade de leitura e cálculo do inquirido. As 6 perguntas são de resposta “sim” ou “não” e cada resposta correta equivale a um ponto, sendo a pontuação final correspondente ao número de repostas corretas. Uma pontuação de zero a um, indica elevada probabilidade (50% ou mais) de um nível limitado de literacia em saúde, de dois a três pontos, sugere a possibilidade de um nível limitado e de quatro a seis pontos, indica níveis adequados de literacia em saúde (Monteiro, 2009).
- ✓ *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*: desenvolvido para avaliar a capacidade de ler e pronunciar palavras médicas comuns, termos para partes do corpo, e vocabulário médico mais específico. O teste pode ser realizado pelo profissional de saúde para adequar o vocabulário utilizado ao nível de literacia em saúde do paciente e tem uma duração máxima de 3 minutos. Trata-se de uma lista de 66 palavras relacionadas com saúde e progressivamente mais difíceis. Por cada palavra pronunciada corretamente, é atribuído 1 ponto. Um resultado de 0-18 pontos indica que o paciente não será capaz de ler a maioria dos materiais de baixos níveis de literacia e necessitará repetidamente de comunicação oral das instruções médicas. Entre 19-44 pontos o paciente compreende apenas materiais de baixa literacia, mas necessita de acompanhamento para compreender a informação, nomeadamente através da comunicação verbal das instruções. Uma pontuação entre 45-60, indica que o paciente tem dificuldades com a maioria da informação

disponibilizada e apesar de conseguir pronunciar as palavras, não compreende na totalidade a mensagem. Uma pontuação de 61-66 pontos indica que o paciente é capaz de ler a grande maioria dos materiais de informação disponíveis (Bass, Wilson e Griffith, 2003)

- ✓ *The eHealth Literacy Scale* (eHEALS): desenvolvido com base na evolução do conceito *eHealth* ou eSaúde, que traduz os cuidados de saúde suportados por tecnologias de informação e comunicação (TIC), nomeadamente a telemedicina, mas também toda a informação que circula online sobre saúde e a forma como cada um de nós a entende e utiliza. A escala, utiliza 8 a 10 questões projetadas para avaliar a capacidade de compreensão da informação na utilização das TIC em saúde e para auxiliar os ajustes necessários aos programas eSaúde. Utilizado em vários grupos populacionais e traduzido para vários idiomas, o eHEALS conta com uma versão traduzida e validada para a população portuguesa (Norman, 2011; Pérez *et al.*, 2015; Tomás, Queirós e Ferreira, 2014).
- ✓ *Health Literacy Questionnaire* (HLQ): desenvolvido com base em nove domínios da literacia em saúde, para avaliar as necessidades e desafios de cada indivíduo, e das organizações. Este questionário é apontado como um instrumento útil em avaliação de intervenções e estudos das necessidades individuais e coletivas das populações, nomeadamente dos serviços. O questionário é composto por 44 itens divididos pelas nove escalas conceituais representadas e capta as experiências vividas pelas pessoas ao tentar aceder, compreender e utilizar os serviços de saúde, fornecendo um reflexo da qualidade da prestação de serviços sociais e de saúde (Osborne *et al.*, 2013).

Apesar dos instrumentos de medição da literacia em saúde referidos, representarem uma forte contribuição, centram-se essencialmente nas capacidades de leitura e cálculo dos indivíduos, ou seja, baseiam a sua medição nas competências cognitivas que, de acordo com o conceito atual de literacia em saúde, não é o único fator a ter em conta. Na tentativa de corresponder às exigências do atual conceito de literacia em saúde, um grupo de peritos europeus deu origem ao consórcio *Health Literacy Survey – EU*, que possibilitou o desenvolvimento e validação de um instrumento capaz de responder às lacunas dos instrumentos de medição até então existentes (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

- ✓ *European Health Literacy Survey (HLS-EU)*: é um instrumento capaz de avaliar o grau de literacia em saúde por auto percepção, de acordo com o modelo conceitual proposto por Sørensen *et al* (tabela 1), que descreve doze subdomínios para a literacia em saúde com base nos domínios da saúde (prevenção de doenças, promoção da saúde e cuidados de saúde) e nos quatro níveis de processamento da informação (acesso, compreensão, avaliação e utilização). As questões do instrumento, permitem operacionalizar os doze subdomínios do conceito propostos por Sørensen *et al*. O HLS-EU é composto por duas secções, uma sobre a literacia em saúde e outra relacionada com as determinantes e resultados. A secção referente à avaliação da literacia em saúde, é composta por 47 itens que possibilitam ao inquirido avaliar determinada tarefa relacionada com a sua saúde, numa escala de resposta com quatro opções (muito fácil, fácil, difícil e muito difícil). Esta secção pretende avaliar as dificuldades autoreferidas em aceder, compreender, avaliar e utilizar informações nas tomadas de decisão sobre cuidados de saúde (16 questões), promoção de saúde (16 questões) e prevenção de doenças (15 questões). A segunda secção do questionário pretende averiguar questões relacionadas com o estado de saúde, fatores socioeconómicos e demográficos, utilização dos serviços, entre outras determinantes. Para além da criação das perguntas, o desenvolvimento do HLS-EU-Q (*European Health Literacy Survey Questionnaire*) envolveu, um pré-teste, avaliação por peritos externos, verificação da linguagem e tradução para várias línguas. O projeto possibilitou o desenvolvimento, validação e aplicação do questionário em diferentes países, conduzindo à execução de vários estudos avaliativos dos níveis de literacia em saúde das populações e permitindo a comparação de resultados entre eles. Numa fase inicial do projeto, aderiram países como a Alemanha, Grécia, Holanda, Áustria, Polónia, Bulgária, Espanha e Irlanda. Em Portugal, a necessidade de diagnosticar os níveis de literacia em saúde da população, emergiu acompanhando a tendência dos restantes países europeus, e conduzindo à adesão ao consórcio *Health Literacy Survey-EU*. O instrumento foi adaptado, traduzido e validado para a população portuguesa (HLS-EU-PT) proporcionando informação sustentada e comparável a oito países pertencentes ao consórcio. O processo de validação e tradução para a população portuguesa envolveu uma metodologia de tradução e adaptação cultural

do questionário e validação estatística, com recurso à execução de um pré-teste aplicado numa amostra de 250 portugueses. A aplicação do questionário previamente traduzido e adaptado culturalmente, permitiu averiguar a existência de ambiguidades ou dificuldades de compreensão, possibilitando a aplicação de ajustes na versão final. Por fim, a versão portuguesa do instrumento de medição da literacia em saúde (HLS-EU-PT), mostrou ser equiparável às versões utilizadas nos restantes países, tornando-o disponível para estudos de avaliação dos níveis de literacia em saúde, na população portuguesa (Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Sørensen *et al.*, 2013).

O questionário europeu de literacia em saúde (HLS-EU-Q) engloba várias versões de acordo com a dimensão do questionário e os seus objetivos, tais como o HLS-EU-Q47, HLS-EU-Q86, HLS-EU-Q16, HLS-EU-Q12 e o HLS-EU-Q6. O processo de desenvolvimento do HLS-EU-Q envolveu inicialmente a criação de 47 perguntas desenhadas de acordo com o modelo conceitual proposto por Sørensen *et al* (tabela 1), sendo esta a versão principal. As restantes versões surgem como complemento, como é o caso do HLS-EU-Q86 que para além de avaliar a literacia em saúde, averigua também as suas determinantes e consequências, com a aplicação de 86 perguntas, ou como resumo da versão original, como é o caso do HLS-EU-Q16, HLS-EU-Q12 e do HLS-EU-Q6. Estas versões resumidas, possibilitam um preenchimento mais rápido, contudo apresentam uma representação conceitual mais limitada.

Medir os níveis de literacia em saúde das populações permite conhecer as populações e as suas necessidades, identificar as lacunas nos serviços e organizações de saúde, avaliar os programas de literacia para as populações e sugerir pontos estratégicos de intervenção.

## 4. Literacia em Saúde - contextualização

### 4.1. Panorama nacional e internacional

Nos últimos anos, a literacia em saúde tem vindo a revelar-se um elemento crítico das sociedades e uma preocupação na agenda política. O impacto na saúde individual e coletiva e as implicações socioeconómicas, tornam evidente a importância de averiguar os níveis de literacia em saúde das populações, para assim adequar as políticas. Vários têm sido os esforços neste sentido, tentando encontrar ferramentas de avaliação da literacia em saúde e aplicá-las a determinados grupos populacionais em diversos contextos.

Exemplo disso são os EUA, onde o estudo da literacia em saúde nas populações é ainda muito redutor. De acordo com o *Milken Institute*, os únicos dados atualmente disponíveis sobre a temática datam de 2003, na Avaliação Nacional de Literacia em Adultos (NAAL – *National Assessment of Adult Literacy*), conduzida pelo departamento de educação dos EUA. A avaliação utilizou uma amostra de 19000 adultos e incluiu uma secção sobre literacia em saúde. Do estudo revelou que 88% dos adultos que vivem nos EUA têm níveis baixos de literacia em saúde (55% níveis intermédios, 22% níveis básicos e 14% abaixo dos níveis básicos), sendo que apenas 12% apresentou níveis elevados de literacia em saúde. As determinantes como a idade, género, educação, raça e etnia, foram incluídas no estudo (gráfico 1 a 3). Atendendo à idade, os americanos com 65 ou mais anos apresentam níveis mais baixos de literacia em saúde, sendo esta maior, nos indivíduos com idades compreendidas entre 25 a 39 anos e experimenta um declínio após os 40 anos de idade. De acordo com o género, as mulheres apresentaram níveis de literacia em saúde ligeiramente superiores aos homens. A raça/etnia também revelou ser determinante, onde os indivíduos Hispânicos, apresentaram piores resultados. Por fim, a literacia em saúde aumentou com o nível de educação e rendimentos (Lopez, Kim e Sacks, 2022).

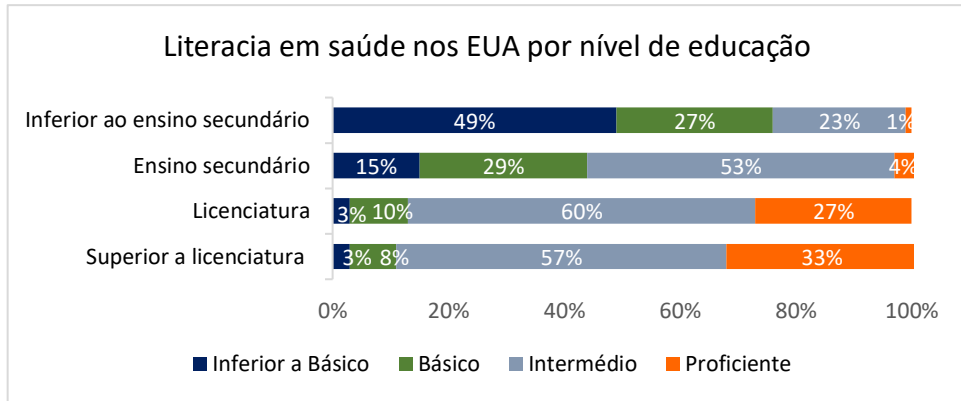


Gráfico 1: Literacia em saúde nos EUA, por nível de educação (Adaptado de Lopez, Kim e Sacks, 2022)

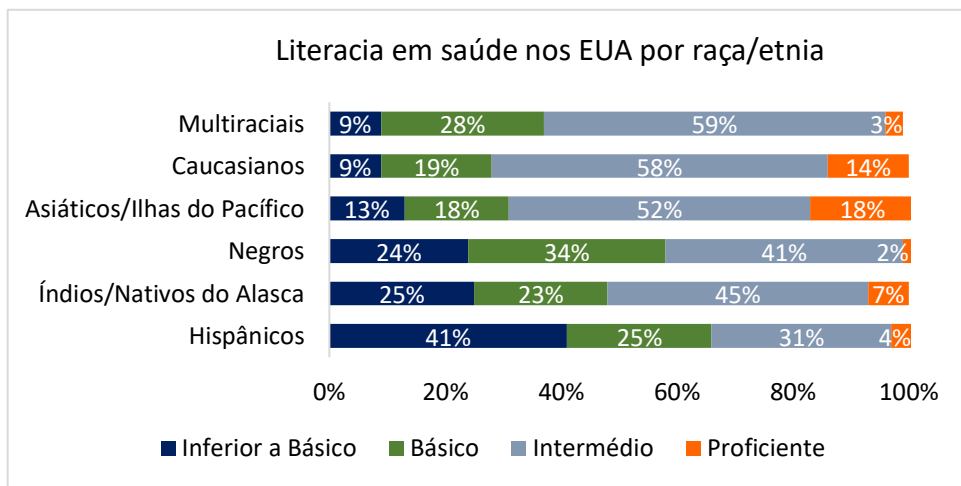


Gráfico 2: Literacia em saúde nos EUA, por Raça/Etnia (Adaptado de Lopez, Kim e Sacks, 2022)

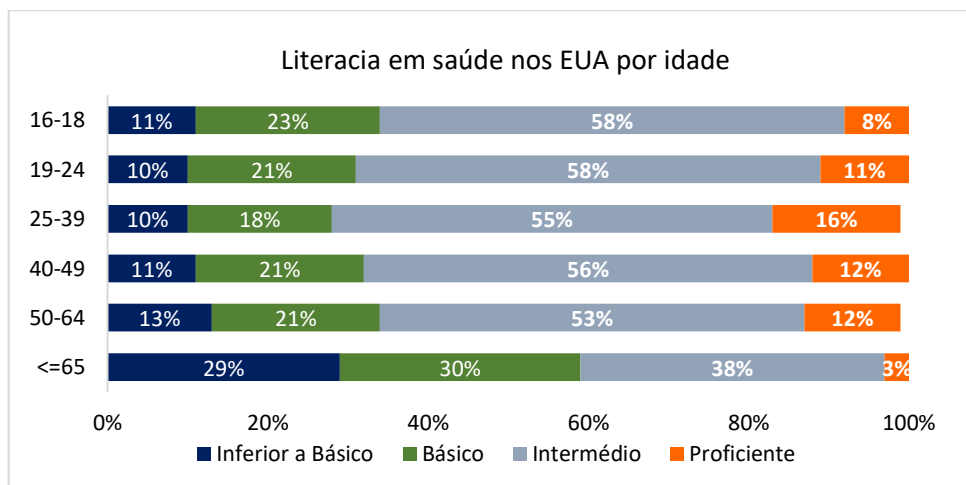


Gráfico 3: Literacia em saúde nos EUA, por idade (Adaptado de Lopez, Kim e Sacks, 2022)

Na Europa, apesar da crescente preocupação com as questões de literacia em saúde, são ainda escassos os estudos de literacia em saúde que permitam conhecer o ponto da situação. O desenvolvimento do HLS-EU, permitiu diagnosticar os níveis de literacia em saúde em diferentes países europeus e compará-los entre si. Os resultados da primeira pesquisa comparativa europeia (*The European Health Literacy Project 2009-2012*), permitiram construir quatro níveis de literacia em saúde (inadequado, problemático, suficiente e excelente) e incluíram oito países (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha). Construído com base em três domínios da saúde e 4 níveis de processamento da informação, o HLS-EU permitiu diferenciar quatro índices de literacia em saúde: literacia em saúde geral, literacia em saúde de cuidados e saúde, literacia em saúde de prevenção da doença e literacia em saúde de promoção da saúde (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Relativamente à literacia em saúde geral, o estudo revelou que existe uma considerável discrepância de resultados entre países, nomeadamente entre a Holanda e a Bulgária, onde o nível de literacia inadequado variou de 1,8% no caso da Holanda, para 26,9% no caso da Bulgária (gráfico 4) (Pelikan, RÖthlin e Ganahl, 2014). Atendendo ao total da amostra, verificou-se que uma em cada dez pessoas apresentou um nível inadequado de literacia em saúde, e 47,6% do total dos participantes apresentaram níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde. Em pior situação mostrou estar a Bulgária, onde 62,1% dos inquiridos revelaram níveis inadequados ou problemáticos. Em contrapartida, a Holanda revelou níveis de literacia em saúde acima da média dos restantes países, com apenas 28,7% de participantes com níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde, e 71,4% dos inquiridos com níveis suficientes ou excelentes (Sørensen *et al.*, 2015).

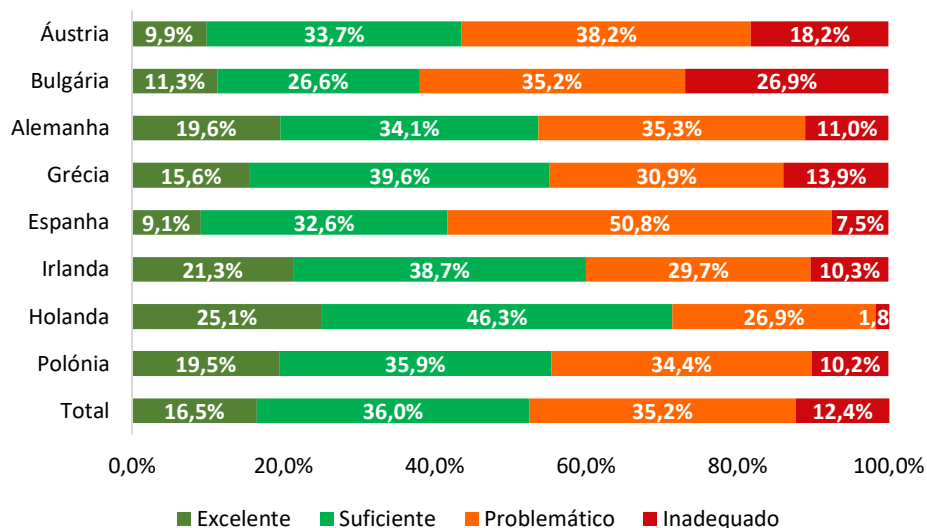


Gráfico 4: Literacia em saúde geral, por país (Adaptado de: Pelikan, RÖthlin e Ganahl, 2014).

A idade revelou ser um preditor importante na literacia em saúde, sendo que os mais velhos, tenderam a apresentar níveis mais baixos de literacia em saúde. O nível de escolaridade também mostrou ter forte relação com a literacia em saúde geral. Indivíduos com maior escolaridade apresentaram pontuações mais altas. O estado socioeconómico das populações também mostrou ter forte relação com os níveis de literacia em saúde. Os resultados para todos os determinantes de literacia em saúde estudados, corroboraram os estudos já existentes, no entanto, há uma variação considerável entre países (Pelikan, RÖthlin e Ganahl, 2014).

Em Portugal, à semelhança dos restantes países europeus, surgiu também a necessidade de estudar os níveis de literacia em saúde da população. Numa primeira abordagem à investigação desta temática, foi aplicado à população portuguesa um inquérito sobre literacia em saúde em Portugal (ILS-PT) em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e o CIES-IUL. Seguindo a metodologia utilizada pelo consórcio *Health Literacy Survey-EU*, o ILS-PT permitia avaliar as diferentes dimensões da literacia em saúde (acesso, compreensão, avaliação e utilização), possibilitando a construção de quatro índices de literacia em saúde (índice global, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) (Espanha, Ávila e Mendes, 2016). Este estudo permitiu a comparação dos resultados com os resultados do HLS-EU.



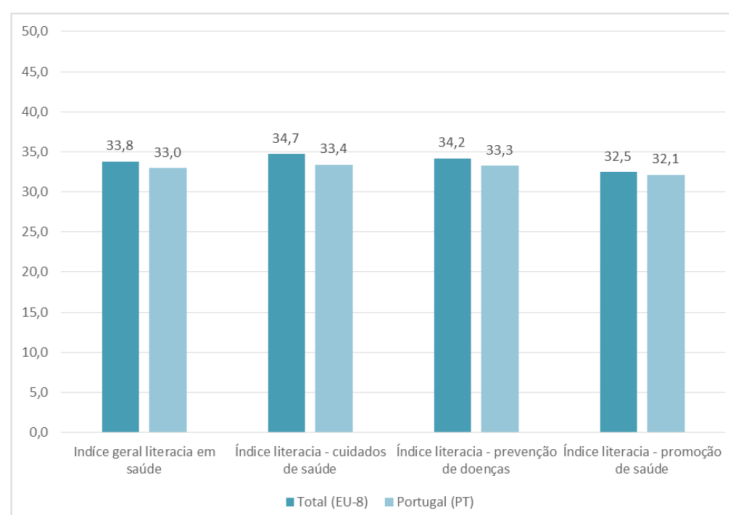


Gráfico 5: Índices de literacia em Portugal (ILS-PT) comparativamente à média europeia (HLS-EU). (Adaptado de: Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

Comparativamente à média europeia, Portugal apresentou em todos os índices níveis de literacia em saúde ligeiramente inferiores (gráfico 5). Quanto ao índice de literacia em saúde global, os resultados revelaram que aproximadamente 50% da população portuguesa apresenta níveis problemáticos ou inadequados de literacia em saúde, ficando assim entre os quatro piores países juntamente com a Bulgária, Espanha e Áustria, abaixo da média europeia (gráfico 6) (Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

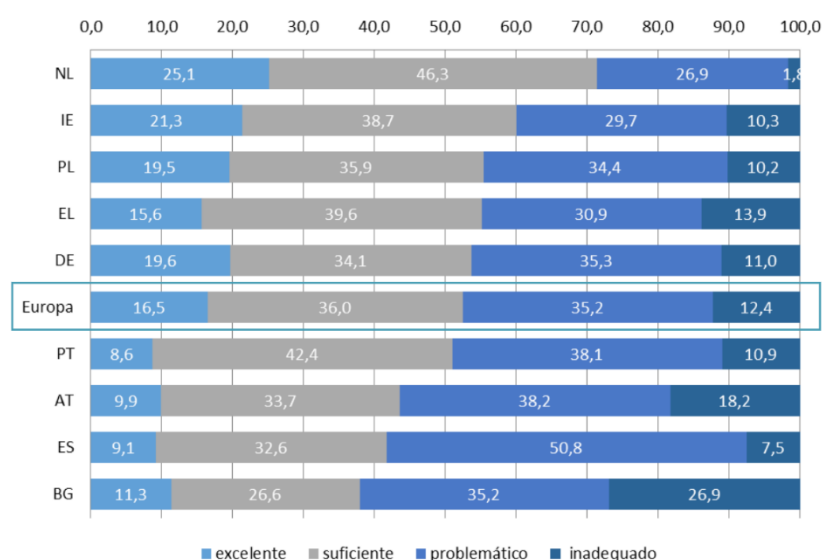


Gráfico 6: Resultados obtidos pelo ILS-PT e HLS-EU. (Adaptado de: Espanha, Ávila e Mendes, 2016)

Legenda: NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria; ES - Espanha; BG - Bulgária.

Nos índices de cuidados de saúde e prevenção da doença, Portugal encontra-se abaixo da média europeia com percentagens consideráveis da população com níveis problemáticos ou inadequados. No índice de promoção da saúde, em contrapartida, Portugal encontra-se ligeiramente acima da média europeia com 51% de níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde, quando a média europeia para estes dois níveis se encontra nos 52,1%. O estudo revelou ainda que é a população mais idosa que apresenta níveis mais baixos de literacia em saúde e que quanto maior a escolaridade, melhores são os níveis de literacia em saúde (Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

Posteriormente, Portugal integrou o projeto europeu, traduzindo e validando o HLS-EU para a população portuguesa (HLS-EU-PT) e aplicando o questionário a uma amostra representativa da mesma. Os resultados obtidos da aplicação do HLS-EU-Q47 à população portuguesa, foram comparados com os restantes países europeus para cada índice (gráfico 7 a 10).

Relativamente ao índice de literacia em saúde geral, Portugal apresentou o segundo pior resultado comparativamente aos restantes países. No campo negativo, a Bulgária lidera com 26,9% da população com níveis de literacia em saúde inadequados e 35,2% problemáticos, perfazendo um total de 62,1% da população com dificuldades em aceder, compreender, avaliar e utilizar informação sobre saúde. Em Portugal, 61% da população mostrou níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde, situando-nos longe dos 49,2% da média dos nove países europeus. Apenas 8,4% da população portuguesa apresentou níveis excelentes de literacia em saúde. A Holanda destaca-se pela positiva, com 71,4% da população com níveis excelentes ou suficientes de literacia em saúde.

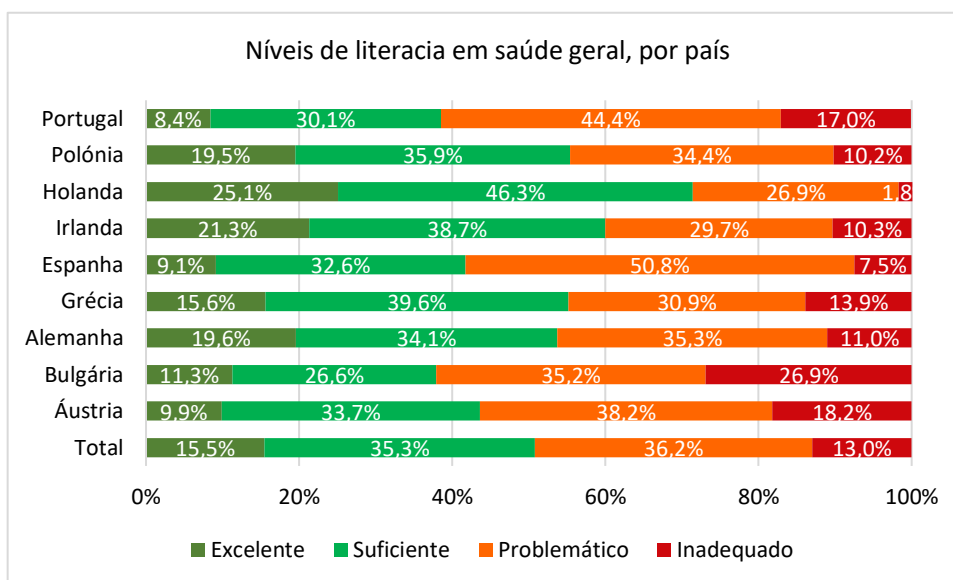


Gráfico 7: Níveis de literacia em saúde geral, por país (Adaptado de Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

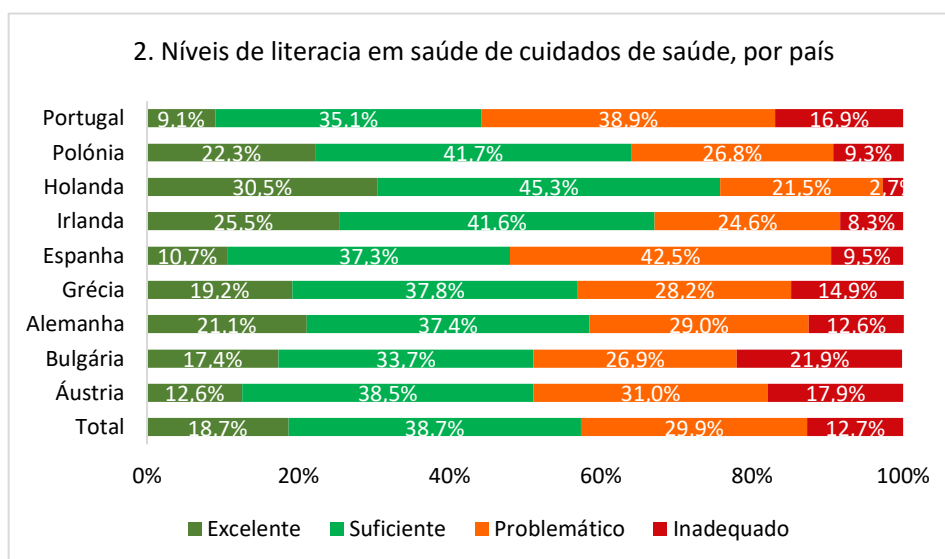


Gráfico 8: Níveis de literacia em saúde de cuidados de saúde, por país (Adaptado de Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Foi no índice de literacia em saúde de cuidados de saúde, que Portugal revelou o pior resultado comparando com os restantes países, com 55,8% dos portugueses com níveis problemáticos ou inadequados de literacia em saúde, seguindo-se Espanha com 52%. A Holanda, lidera pela positiva a tabela, com apenas 24,2% da população com níveis baixos de literacia em saúde de cuidados de saúde. Relativamente à prevenção da doença, Portugal é o segundo país com piores resultados, com cerca de 55% da população a apresentar níveis problemáticos ou inadequados de literacia em saúde.

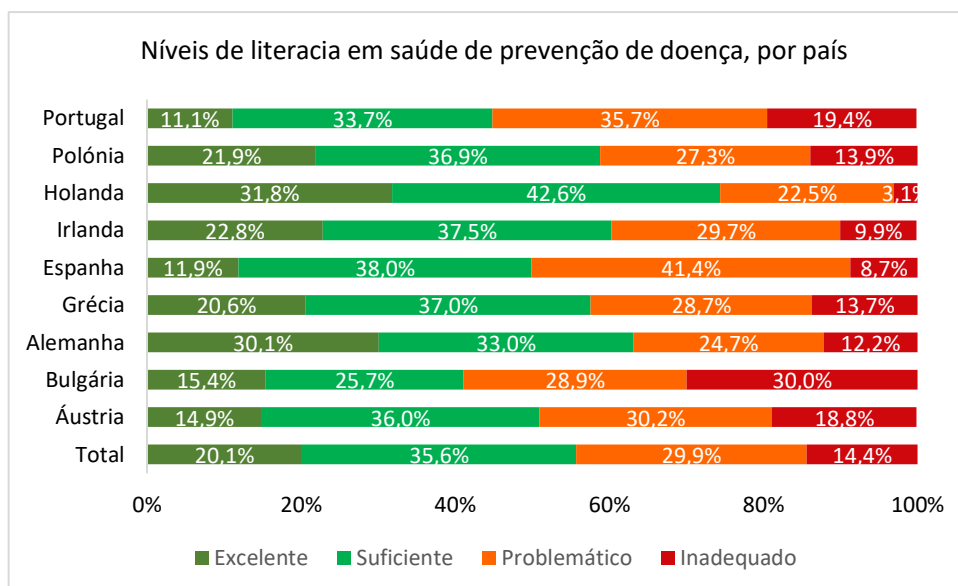


Gráfico 9: Níveis de literacia em saúde de promoção da saúde, por país (Adaptado de Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

No que toca à promoção da saúde, Portugal mantém a tendência negativa e apresenta 60,2% da população com níveis de literacia em saúde problemáticos ou inadequados. Neste índice, só a Bulgária revelou piores resultados. Neste estudo comparativo, a Holanda, Irlanda e Polónia destacaram-se pela positiva, apresentando sempre resultados acima da média.

À semelhança do panorama internacional verificou-se que existe uma relação entre os índices de literacia em saúde e algumas características sociais e económicas. A idade, mostrou ter relação inversa com os níveis de literacia em saúde, ou seja, com o avançar da idade, os índices de literacia em saúde tendem a diminuir. O nível de escolaridade também mostrou ter influência, já que quanto maior a escolaridade, maiores os níveis de literacia em saúde. Por fim, os desempregados apresentaram níveis de literacia em saúde piores, quando comparados com a população ativa (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

No âmbito do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, foi realizada uma avaliação dos níveis de literacia em saúde da população portuguesa, fazendo recurso a entrevistas telefónicas para aplicação do HLS-EU-Q12, para uma amostra aleatória estratificada. Os resultados obtidos desta avaliação, revelaram que 8% da população portuguesa apresenta níveis inadequados e 22% níveis problemáticos de literacia em saúde (gráfico 11 a 13).

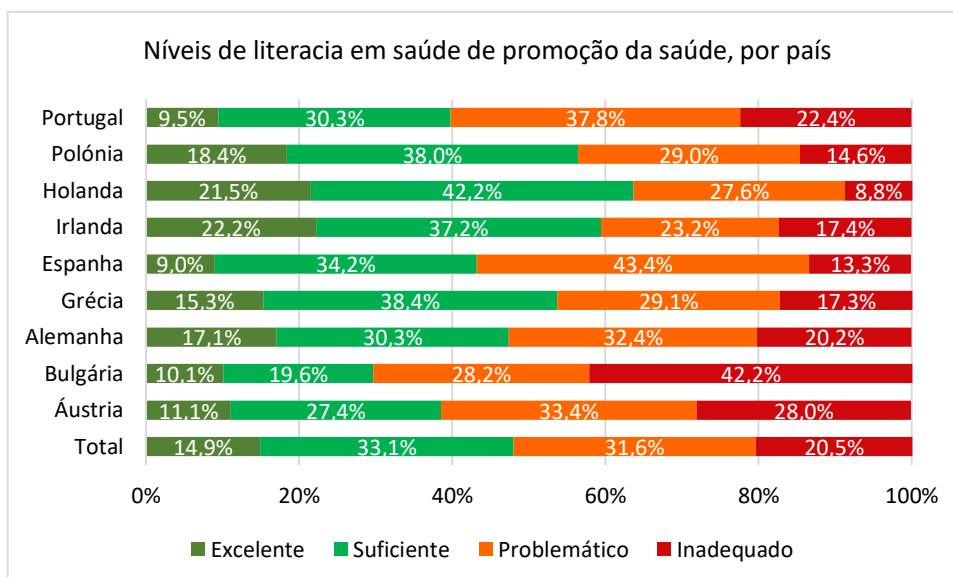


Gráfico 10: Níveis de literacia em saúde de prevenção da doença, por país (Adaptado de Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

A maior dificuldade da população portuguesa está em avaliar a informação sobre saúde, com 34,1% a apresentar níveis inadequados ou problemáticos. Relativamente à estratificação dimensional, é na literacia em saúde de prevenção da doença, que se revelaram os piores resultados, com 21,3% dos inquiridos com níveis inadequados, seguidos da literacia em saúde de cuidados de saúde, com 18,4% dos participantes com níveis inadequados. Os resultados sugerem uma melhoria dos níveis de literacia em saúde em Portugal, quando comparados com as primeiras abordagens com o HLS-EU-Q47 em 2015 (Direção Geral da Saúde, 2021).

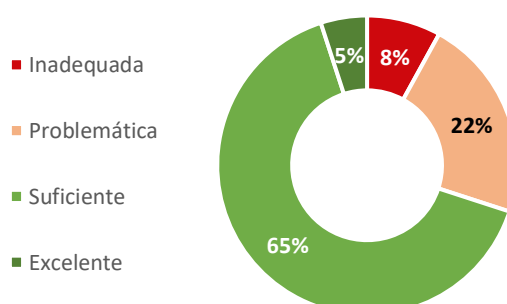


Gráfico 11: Literacia em saúde, em Portugal (Adaptado de: Direção Geral da Saúde, 2021).

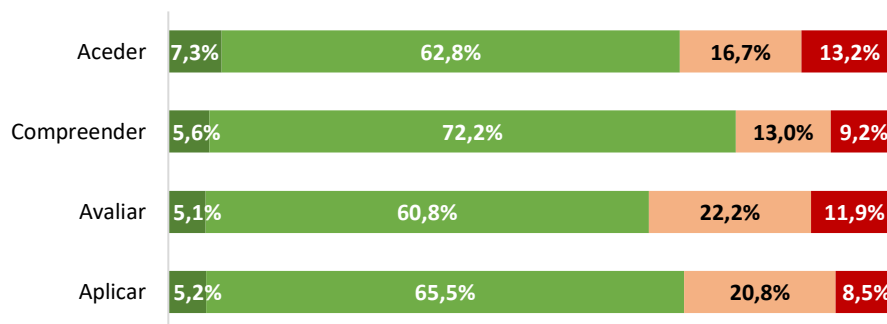


Gráfico 12: Literacia em saúde em Portugal atendendo às dimensões da saúde (Adaptado de: Direção Geral da Saúde, 2021).

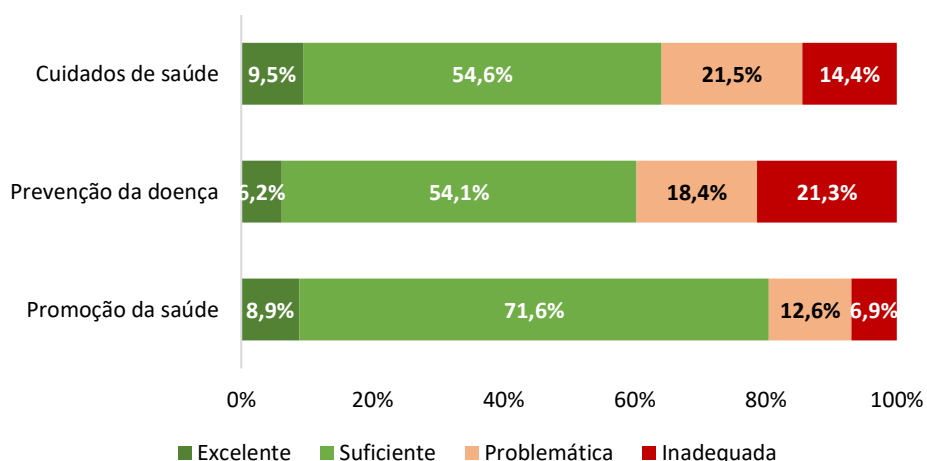


Gráfico 13: Literacia em saúde em Portugal atendendo aos domínios da saúde (Adaptado de: Direção Geral da Saúde, 2021).

Em Portugal, à semelhança do resto do mundo, são necessários mais estudos sobre literacia em saúde, em grupos específicos, bem definidos e caracterizados, para que seja possível adotar medidas concretas, adequadas às necessidades das pessoas e dos profissionais. A adoção de um instrumento de medição comum, permite que o trabalho de investigação e as ações dela decorrentes, sejam em maior escala, afetando um maior número de pessoas e trazendo maiores benefícios a longo prazo.

#### 4.2. Programas para a promoção da literacia em saúde

Nos últimos anos as autoridades de saúde, em Portugal e um pouco por todo o mundo, têm vindo a adotar estratégias para a capacitação dos cidadãos para a saúde, tornando-os

mais conscientes das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como dos custos suportados pelo sistema de saúde. O Plano Nacional de saúde, desenvolvido com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde da população, tem vindo a colocar a questão educativa no conjunto de políticas adotadas, reconhecendo que a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, é essencial para uma participação mais interventiva nos sistemas de saúde, e para que haja uma responsabilização e autonomia pela própria saúde e pela saúde da comunidade (Direção Geral da Saúde, 2015).

Várias têm sido as ferramentas educativas encontradas para fazer face aos principais problemas de saúde, tais como a obesidade, a diabetes ou as doenças sexualmente transmissíveis. Os programas educativos para a adoção de comportamentos preventivos de saúde e de promoção da literacia em saúde, têm sido amplamente desenvolvidos pelas autoridades de saúde, revelando a responsabilidade da literacia na saúde das populações nos resultados em saúde e nos custos. Em Portugal, os programas de saúde prioritários são exemplo disso mesmo. Através da criação de programas de gestão de doenças, promove-se a literacia nas populações sobre as questões de saúde emergentes, prevenido o aparecimento de novas doenças, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e reduzindo os custos dos sistemas de saúde. No âmbito do Plano Nacional de Saúde, em Portugal foram criados, pelo Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, doze programas de saúde prioritários: prevenção e controlo do tabagismo; promoção da alimentação saudável; promoção da atividade física; diabetes, doenças cérebro-cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças respiratórias; hepatites virais; infeção VIH/SIDA; prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos; saúde mental e tuberculose. A criação destes programas, embora de natureza vertical, permite a gestão de doenças, maioritariamente doenças crónicas e as suas determinantes, reconhecendo o impacto que estas doenças podem ter nos sistemas de saúde (Despacho nº 6401/2016, Diário da República, 2.ª série — Nº 94).

O reconhecimento da importância da literacia em saúde levou ao desenvolvimento de um Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, pelo Despacho 3618-A/2016, de 10 de março e a criação na DGS da Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados trata-se de uma “expressão da intenção do Programa do Governo em reforçar o papel do cidadão

no sistema de saúde português e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada veículos privilegiados desse reforço” (Despacho nº 3618-A/2016, Diário da República, 2ª série – Nº49, p.5)

A execução do programa passa pela recolha, organização e partilha de boas práticas de saúde, através da criação de projetos específicos que envolvam todos os participantes nos processos de saúde, quer os profissionais quer os cidadãos, através de um processo consultivo e de estreita colaboração com outras organizações com trabalhos na área. Para o biénio 2016-2017, foram criados seis projetos para concretização do programa: Rede Inteligente para Promoção da Literacia em Saúde; Vida Ativa; Jovem móvel; Envelhecimento, Autocuidados e Cuidadores Informais; Qualificação e promoção da Literacia em Saúde nos espaços de atendimento do SNS; Navegabilidade no SNS e no sistema de saúde português (Despacho nº 6401/2016, Diário da República, 2.ª série — Nº 94).

Atendendo às necessidades de literacia e alinhada com os objetivos do Plano Nacional de Saúde, A DGS firmou para o triénio 2019-2021 um Plano de Ação para a Literacia em Saúde, com o objetivo de melhorar os níveis de literacia em saúde da população portuguesa. O plano, recorre ao ciclo de vida da população, para identificar as necessidades em cada uma das fases de vida, defendendo que “as diferentes fases do percurso de vida, desde a conceção ao envelhecimento, as relações com a família, os grupos de pares e a comunidade devem ser considerados como tendo um papel central neste processo de promoção da Literacia em Saúde” (Direção Geral da Saúde, 2019, p.7).

O Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 é já um bom exemplo de adequação à evolução do conceito de literacia em saúde, já que os seus objetivos contemplam as dimensões conceituais de promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidados de saúde, com foco na investigação e adaptado a diferentes público-alvo (Direção Geral da Saúde, 2019).

A estratégia de implementação do Plano de Ação para a Literacia em Saúde foi fundada em três pilares essenciais: os profissionais de saúde (capazes de promover a literacia em saúde na prestação de cuidados); a população (alvo de campanhas de promoção de literacia em saúde) e os parceiros (capazes de potenciar cada intervenção, tais como os canais televisivos). Desta forma o plano assume uma visão de responsabilização e envolvimento



de toda a sociedade, com vista à melhoria da sustentabilidade e eficiência do SNS (Direção Geral da Saúde, 2019). Adiante falaremos na operacionalização dos programas de literacia em saúde nos cuidados de saúde e na capacitação dos seus profissionais para o efeito.

### 4.3. Literacia nos cuidados de saúde

Os pacientes, especialmente aqueles com baixa literacia em saúde, têm maior dificuldade em aceder, compreender e utilizar a informação em saúde no autocuidado, na gestão da doença e na utilização dos serviços. Esta dificuldade deve ser combatida através de ações de promoção de literacia em saúde, junto das populações, quer nos espaços de atendimento do serviço de saúde, quer fora deste, nos meios de comunicação ou em ações temáticas pontuais, por exemplo. Tal como vimos anteriormente, são várias as medidas programáticas que pretendem promover informação sobre saúde e bem-estar, onde os profissionais de saúde desempenham um papel central.

A relação profissional de saúde, paciente e comunidade, é crucial na ativação do conhecimento sobre saúde, e por isso, os profissionais devem adequar a interação às necessidades das pessoas, nível de compreensão, conhecimento e fase da vida. Pretende-se que a comunicação na interação entre profissionais e pacientes, possibilite a mudança de comportamentos, como uma melhor adesão à terapêutica. Nos últimos anos, surgiram vários trabalhos que enfatizam a importância dos profissionais de saúde nas questões de literacia em saúde, na prestação de cuidados e várias têm sido as estratégias encontradas para facilitar a tarefa (Arriaga, 2019).

A DGS desenvolveu o Manual de Boas-Práticas para a Literacia em Saúde na Capacitação dos Profissionais de Saúde, que apresenta estratégias concretas para a operacionalização da literacia em saúde na prestação de cuidados. O processo de comunicação e ativação, requer por parte do profissional de saúde, a capacidade de comunicar para orientar ou influenciar a adoção de um determinado comportamento no paciente. Para além das competências clínicas, pede-se nos dias de hoje que os profissionais utilizem uma linguagem verbal e não verbal capaz de potenciar uma ação. Para isso, o profissional de saúde deve: entender as características únicas de cada paciente, respeitando as suas crenças, entendendo a representação perante um diagnóstico; simplificar a comunicação

afirmando-se como um polo comunicativo dinâmico e acessível; confirmar a compreensão e percepção da informação que conduzirá à mudança de comportamentos; disponibilizar informação credível e de fácil compreensão; adotar uma linguagem acessível, clara, positiva e assertiva, e recorrer se necessário a material de apoio, como imagens ou diagramas (Direção Geral da Saúde, 2019).

Para passar da literacia à ação, é necessário que ocorra a ativação, que consiste no conjunto de etapas que cada indivíduo percorre para entender as suas necessidades de informação sobre saúde, e motivar-se a procurar e compreender a informação, gerando mudanças no comportamento. Assim, do outro lado da balança, é necessário que haja um esforço para acompanhar o processo, através da adoção de atitudes como: questionar o profissional de saúde sobre as dúvidas, medos e expectativas; expor as preocupações sobre o diagnóstico e tratamentos; questionar sobre as alternativas terapêuticas disponíveis; interessar-se por questões de saúde pública e participar ativamente das campanhas de promoção de saúde e prevenção de doenças; procurar conhecer o funcionamento do SNS e a melhor forma de o utilizar (Arriaga, 2019; Direção Geral da Saúde, 2019).

Assim, é necessário um trabalho de equipa multidisciplinar, onde a literacia em saúde tem início no atendimento administrativo, passando pelo atendimento assistencial básico e terminando no atendimento médico e de enfermagem. As instituições de saúde alicerçadas na literacia para a saúde, recorrem de um ambiente de literacia em saúde como filosofia do próprio serviço, passando a responsabilidade para todos os elementos que dela fazem parte.

#### 4.4. *eHealth* e Literacia em saúde digital

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) fazem parte do quotidiano de todos nós e nos últimos anos, a evolução a esta parte, deu-se a uma velocidade surpreendente. Nos últimos 20 anos, passámos de uma comunicação por voz, para a comunicação por imagem de vídeo em tempo real, trocámos as máquinas de escrever pelos mais sofisticados programas de computador, equipámos as nossas casas com tecnologias de ponta, melhorámos as condições de trabalho com a instalação de alta tecnologia, acedemos a qualquer informação em segundos através da internet e comunicamos digitalmente sem

interrupções. É hoje mais fácil e rápido, aceder a informação, incluindo informação sobre saúde, no entanto, como já foi referido, a informação por si só não é suficiente para influenciar positivamente as ações dos indivíduos sobre a sua saúde. Para além disso, a informação de mais rápido acesso, nem sempre é credível. As “FakeNews” são uma realidade e geram desinformação em saúde e noutras áreas. Os profissionais de saúde, são importantes impulsionadores da propagação de informação credível, bem como os meios de comunicação social, onde a transformação digital tornou possível a aproximação da informação aos indivíduos (Ahern, 2007; Kim e Xie, 2017).

As TIC, particularmente a internet, podem ser um importante aliado não só, na divulgação de informação sobre saúde, como também na prática de cuidados de saúde. É neste contexto que surge o termo *eHealth* ou eSaúde que retrata as ações em saúde suportadas pelas TIC, tais como a comunicação e agendamento eletrónicos, a utilização de aplicações de telemóvel em saúde, portais de informação para os pacientes, registos eletrónicos de saúde, telemedicina, programas educativos, entre outros. Para além disso, o termo *eHealth* engloba ainda todas as informações fornecidas pela internet e interações online em saúde, tais como grupos de apoio online, ações educativas online, fóruns de pergunta e resposta, entre outros. Deste modo, a *eHealth* fornece um conjunto ilimitado de informações e ferramentas para melhorar a saúde dos utilizadores, no entanto, as tecnologias devem ser projetadas atendendo à literacia em saúde dos destinatários (Mackert *et al.*, 2014).

Gemert-Pijnen *et al.*, classificaram o termo *eHealth* como “um campo emergente na interseção da informática médica, saúde pública e negócios, referindo-se a serviços de saúde e informações fornecidas ou aprimoradas por meio da internet e tecnologias relacionadas. Num sentido mais amplo, o termo caracteriza não apenas um desenvolvimento técnico, mas também um estado de espírito, uma maneira de pensar, uma atitude e um compromisso com o pensamento global em rede, para melhorar a saúde local, regional e mundial através da utilização de tecnologia de informação e comunicação” (Gemert-Pijnen *et al.*, 2018, p.6).

A aplicação das tecnologias *eHealth* traz inúmeras vantagens como a recolha de dados de saúde pública, redução das ineficiências na prestação de cuidados de saúde, redução dos custos, monitorização do estado de saúde pelo próprio doente, melhoria na qualidade do atendimento médico e na comunicação médico-doente, tornando a medicina mais

personalizada e eficiente. Apesar de todas as vantagens enumeradas, a utilização *eHealth* ainda não atingiu o seu máximo potencial. Existe um longo caminho a percorrer, não só pelas instituições de saúde, potenciando a utilização de todas as ferramentas tecnológicas disponíveis e acompanhando a evolução das TIC, mas também pelos utentes, que para utilizarem corretamente a tecnologia *eHealth* devem possuir um nível de literacia em saúde satisfatório, especialmente em literacia em saúde digital (Gemert-Pijnen *et al.*, 2018). Os utentes devem possuir um nível satisfatório de literacia em saúde digital, para que possam aderir a consultas médicas online por videoconferência, utilizar aplicações de telemóvel de gestão da saúde ou comunicar com o médico por via eletrónica (Huang *et al.*, 2023).

O termo *eHealth Literacy* ou literacia em saúde digital, combina literacia em saúde com a literacia digital, e inclui uma variedade de aptidões cognitivas, sociais, emocionais, motoras que capacitam os indivíduos a utilizar corretamente os meios digitais em prol da saúde. Segundo a DGS, a literacia em saúde digital “permite à pessoa procurar, encontrar, compreender e avaliar informações de saúde a partir de fontes eletrónicas e aplicar os conhecimentos adquiridos para responder a questões e resolver problemas relacionados com saúde” (Direção Geral da Saúde, 2019, p.16).

Apesar dos meios digitais fazerem parte do dia-a-dia de grande parte da população, e de a tendência apontar para o aumento do conforto na utilização das tecnologias em saúde, importa referir que nem toda a população está no mesmo patamar no que toca a literacia digital. Muitas pessoas não estão educadas ou treinadas para utilizar tecnologias, outras não têm acesso ou têm acesso limitado às tecnologias, nomeadamente a internet, tais como idosos, pessoas vulneráveis ou socioeconomicamente desfavorecidas. O sucesso da utilização de tecnologias em saúde, depende da familiarização da população, com o mundo digital (Direção Geral da Saúde, 2019; Gemert-Pijnen *et al.*, 2018). Assim, é importante avaliar os níveis de literacia em saúde digital da população para que seja possível adequar os meios de suporte tecnológicos, às dificuldades encontradas na população (Huang *et al.*, 2023).

São vários os instrumentos disponíveis para avaliar os níveis de literacia em saúde digital, sendo o mais consensualmente utilizado, o instrumento eHEALS que, apesar de desenvolvido com base na definição de literacia em saúde mais atual, retrata uma definição de literacia digital da primeira geração das TIC em saúde. Por este motivo, o eHEALS tem

sido criticado por estar desatualizado em relação aos mais recentes avanços tecnológicos e exigências necessárias à utilização das TIC em saúde (Lee, Lee e Chae, 2021). Mais pesquisas são necessárias nesta área, e existe uma necessidade de aprimorar as ferramentas existentes, já que são vários os obstáculos à utilização de meios digitais em saúde, tais como barreiras éticas (a privacidade e segurança na partilha de informações de saúde, que muitas vezes gera desconfiança nos utilizadores), a qualidade da informação (é preciso assegurar a credibilidade da informação e treinar os pacientes a avaliar a informação disponível, principalmente online), a utilização de dispositivos digitais para auto-monitorização da saúde (que não cumprem requisitos médicos e que provocam pressão junto dos profissionais de saúde) e os baixos níveis de literacia em saúde geral e literacia digital (Ahern, 2007; Gemert-Pijnen *et al.*, 2018).

Fatores como a idade, sexo, situação socioeconómica raça e etnia, influenciam os níveis de literacia em saúde digital. Vários estudos têm sido desenvolvidos no sentido de perceber a relação entre estas variáveis. A literacia em saúde digital, parece ter uma relação negativa com a idade, ou seja, o aumento da idade está relacionado com níveis mais baixos de literacia em saúde digital. Quanto ao sexo os resultados são discrepantes entre estudos, não sendo clara a sua influência na literacia em saúde digital. Já o nível educacional mostrou estar positivamente relacionado com os níveis de literacia em saúde digital. A situação socioeconómica também revela relação positiva com os níveis de literacia em saúde digital, já que o acesso à internet e às ferramentas digitais está comprometido nas populações economicamente mais desfavorecidas e existe um subaproveitamento dos recursos de saúde pelos baixos rendimentos. Por fim, os indivíduos com maior apoio social tendem a apresentar melhores níveis de literacia em saúde digital, ao passo que a raça/etnia não revelou ter influência nos níveis de literacia em saúde digital (Estrela, *et al.*, 2023).

A sociedade a nível global, caminha para a utilização massiva de ferramentas digitais e media para navegar nos sistemas de saúde e procurar e partilhar informação sobre saúde. É preciso expandir as pesquisas, no sentido de compreender de que forma a utilização de meios digitais em saúde pode alterar o ambiente social na promoção de saúde e prevenção de doenças, ou seja, de que forma o *eHealth* pode influenciar a saúde de cada um de nós. O desenvolvimento digital está em constante progresso, e é preciso garantir o acesso de

todos os indivíduos à tecnologia e ferramentas digitais de saúde disponíveis. Só assim, podemos usufruir da máxima potencialidade que as tecnologias podem trazer para a saúde.

#### 4.5. Literacia em saúde nos estudantes do ensino superior

A entrada na idade adulta, geralmente coincide com a etapa de ingresso no ensino superior. Grande parte dos estudantes universitários têm 18 anos, e experimentam uma mudança social pela transição para a idade adulta, e em simultâneo uma mudança de vida pela iniciação de um curso superior, muitas vezes numa cidade distante da residência familiar. O ingresso no ensino superior acarreta por si só um conjunto de mudanças educativas, resultantes da iniciação de um curso com contexto académico diferente, mudanças sociais desencadeadas pelo novo contexto de vida e mudanças relacionadas com o desenvolvimento psicossocial e cognitivo. É nesta etapa que o estudante desenvolve a sua identidade, autonomia, capacidade de gerir o tempo para estudo e lazer através da adoção de estratégias de estudo, capacidade para gerir o dinheiro, conduzindo à independência, proatividade e autorregulação. Trata-se, portanto, de uma fase de vida enriquecedora, e que coloca o estudante sob inúmeros desafios que se prendem essencialmente com a transição e adaptação. Um dos primeiros desafios de transição e adaptação é o afastamento de casa, da família e dos amigos, que implica novas responsabilidades nas tarefas do dia-a-dia e que pode despoletar emoções negativas desencadeadas pelas saudades de casa e pelo afastamento emocional dos seus pares. Este facto reflete a tentativa de interações sociais novas, para construção de um grupo de suporte, criação de novos amigos e reconhecimento do novo local de residência. Para além deste aspeto, outro desafio encontrado diz respeito às mudanças no contexto académico e às novas exigências dela decorrentes. Os alunos tendem a colocar as suas expectativas muito altas, relativamente à entrada no ensino superior. Essa expectativa também é sentida pelos familiares e amigos e por isso, a pressão para se ser bem-sucedido é maior, o que pode levar a situações de stress e ansiedade, conduzindo à falta de motivação, insucesso académico e até ao abandono do curso. Se nos primeiros anos, a transição e adaptação trazem os maiores desafios, com o avançar dos anos de curso emergem problemáticas como o insucesso escolar, a concretização de objetivos, a obtenção de notas

esperadas, e a aproximação da entrada no mercado de trabalho (Araújo, 2015; Santos, 2011).

A pressão vivida pelo estudante potencia o agravamento/ aparecimento de instabilidade psicológica, culminando muitas vezes em situações de problemas mentais como depressão e ansiedade. De facto, os estudantes universitários são considerados uma população de risco no que toca a doença mental. Alguns estudos desenvolvidos na área, demonstraram que uma elevada percentagem de alunos do ensino superior, sofram de problemas mentais durante a frequência no curso que envolvem não só a ansiedade e depressão (patologias com maior impacto), mas também comportamentos suicidas, abuso de substâncias, comportamentos psicóticos, automutilação e distúrbios alimentares.

Toda a envolvente de mudança e o estabelecimento de problemas mentais, culminam geralmente na adoção de comportamentos de risco, como consumo de álcool e tabaco, alimentação deficiente, desregulação do sono e comportamentos sexuais de risco. Aspetos como o fraco desempenho escolar, a vontade de ser independente e de integrar um grupo, a falta de motivação para a aprendizagem, o sentimento de pressão para obter boas notas e a pressão psicossocial de todo o contexto, potenciam a adoção de comportamentos de risco. Assim a manutenção dos estilos de vida saudáveis fica comprometida, tornando-se crucial adotar medidas dentro das comunidades educativas com vista à promoção da saúde e prevenção da doença.

Um estudo, desenvolvido na universidade de Aveiro, para avaliação dos comportamentos de risco e saúde mental dos estudantes universitários, concluiu que 15% dos inquiridos apresentavam um quadro depressivo e 26% experimentavam níveis de stress elevados. No entanto, a procura por apoio psicológico é apenas feita por uma minoria da população estudantil. Relativamente aos comportamentos de risco, o estudo revelou que 41% dos estudantes apresentaram episódios de ingestão excessiva de álcool no último mês, 13% admitiram ter relações sexuais decorrentes do consumo de álcool e 29% conduziram alcoolizados no último mês (Santos, 2011).

Sobral desenvolveu um estudo de avaliação dos comportamentos, hábitos e atitudes de risco, nos alunos do 1º ano de licenciatura da Universidade da Beira Interior, e a sua relação com a literacia em saúde. Concluiu que a maioria dos inquiridos, 87,3% consumiu bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses, 26,1% dos estudantes é fumador assíduo ou esporádico,

e 26,3% dos participantes nunca pratica atividade física. Ao estudar a relação entre a literacia em saúde e os comportamentos, Sobral verificou que quanto maior o nível de literacia em saúde geral, e o nível de literacia de cuidados de saúde, maior é adoção de comportamentos de proteção da saúde (Sobral, 2018).

Capacitar os estudantes a aceder, compreender, avaliar e utilizar informação sobre saúde, facilita a tomada de decisão sobre a sua saúde no sentido de adotarem estilos de vida saudáveis, abolindo os comportamentos prejudiciais à saúde. É de elevada pertinência a investigação dos níveis de literacia em saúde dos estudantes universitários, bem como da restante comunidade académica para que, fazendo um diagnóstico se possam encontrar as principais lacunas e intervir sobre elas, envolvendo toda a comunidade escolar (Araújo, 2015; Sobral, 2018).

O estudo dos níveis de literacia em saúde no ensino superior, têm vindo a aumentar ao longo dos anos dada a sua pertinência, não só para avaliar os níveis de literacia em saúde das populações universitárias, mas também identificar os aspetos que determinam os resultados para esta população-alvo específica.

Em Portugal, nos últimos anos foram surgindo trabalhos neste contexto. Almeida desenvolveu um estudo de literacia em saúde nos estudantes universitários da Beira Interior. O estudo foi aplicado nas três escolas de ensino superior pertencentes à instituição: Universidade da Beira Interior, Instituto Politécnico de Castelo Branco e Instituto Politécnico da Guarda. Como instrumento de medição da literacia em saúde, foi utilizado o *Newest Vital Sign Test (NVS)* e o *European Health Literacy Survey (HLS-EU)*, distribuídos online. A investigação revelou que 18,9% dos participantes apresentavam níveis de literacia em saúde inadequados (índice geral). Em oposição, apenas 12,8% apresentaram níveis excelentes de literacia em saúde, para o mesmo índice. Cerca de 60,5% dos inquiridos apresentaram níveis inadequados ou problemáticos no índice geral de literacia em saúde, dados que alertam para a dimensão da problemática. Nos restantes índices de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, os resultados revelaram que é na promoção da saúde que os níveis de literacia em saúde são mais baixos, sendo que para todos os índices, a maioria dos participantes (mais de 50%) apresentaram níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde (gráfico 14) (Almeida, 2016).



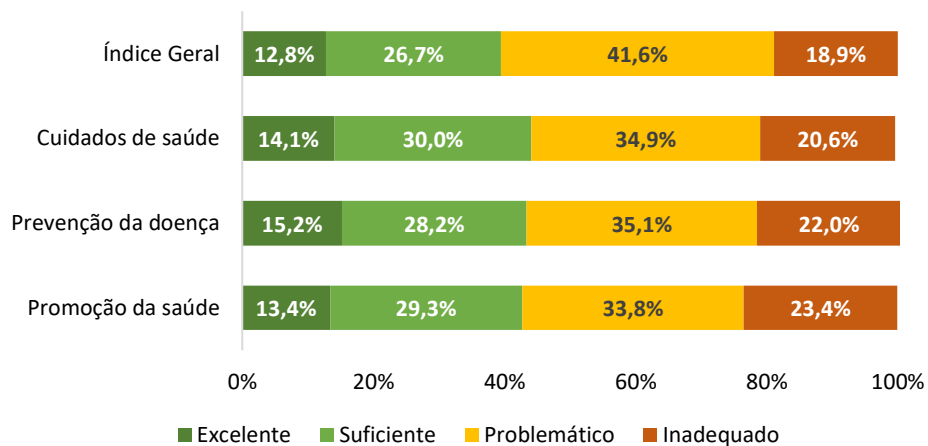


Gráfico 14: Literacia em saúde dos estudantes do Ensino Superior da Beira Interior (Adaptado de: Almeida, 2016).

Santos *et al*, avaliaram os níveis de literacia em saúde na população da Universidade de Coimbra (estudantes, docentes e investigadores), utilizando o questionário HLS-EU-Q16. O estudo concluiu que para o índice geral de literacia em saúde, 41,4% dos participantes apresentaram níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde (7% níveis inadequados e 34,4% níveis problemáticos). A maioria dos inquiridos (58,6%) apresentou níveis de literacia em saúde geral suficiente (41,3%) ou excelente (17,3%). Relativamente ao índice de cuidados de saúde, 33,6% dos participantes revelaram níveis inadequados ou problemáticos, sendo que a maioria revelou níveis suficientes ou excelentes (66,4%). Nos índices de prevenção da doença e promoção da saúde, aproximadamente um terço dos inquiridos revelaram níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde (39,3% e 32,5%, respetivamente). Nos cuidados de saúde, destacaram-se os melhores resultados, ao contrário do índice de prevenção da doença onde se verificaram os piores resultados (Santos, 2021).

Não basta reconhecer que existe um problema, importa conhecer o que determina o nível de literacia em saúde nos estudantes universitários, para que se possa intervir em cada um deles, nesta população especificamente. Nesta perspetiva, os estudos tentam relacionar variáveis como o sexo, idade, a área do curso (cursos de saúde ou outros), as habilitações académicas dos pais, as questões socioeconómicas, o estado de saúde, entre outros, para compreender de que forma estas podem influenciar o grau de literacia em saúde dos estudantes.

#### 4.5.1. Determinantes de Literacia em saúde nos estudantes do ensino superior

Para que seja possível uma intervenção no sentido de melhorar os níveis de literacia em saúde da população do ensino superior, é necessário conhecer as variáveis capazes de influenciar a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação sobre saúde, nos estudantes, em particular (população alvo deste estudo).

É importante conhecer as características próprias desta população, emocionais, sociais, económicas e demográficas, e enquadrá-las no ambiente estudantil. Sabe-se hoje que os estudantes universitários tendem a adotar comportamentos de risco, devido à sua vulnerabilidade desencadeada pelas diversas mudanças que ocorrem neste período de vida. A literacia em saúde, determina mudanças no comportamento e por isso, o estudo da literacia em saúde na população universitária, tem mostrado a sua relevância.

Vários autores, apresentaram nos últimos anos, estudos que incidem sobre os níveis de literacia em saúde especificamente nos estudantes universitários, tentando encontrar as determinantes que influenciam positivamente os níveis de literacia em saúde, traçando um perfil do estudante com literacia em saúde. Neste sentido, as instituições têm a oportunidade de, conhecendo os pontos de intervenção, capacitar os seus alunos a tomarem decisões informadas sobre saúde.

A literatura, não é concordante nalguns tópicos determinantes de literacia em saúde, nomeadamente no sexo. Alguns estudos apontam para a existência de melhores níveis de literacia em saúde no sexo feminino, outros estudos não apontam evidencia de relação entre as duas variáveis e existem também estudos que demonstram melhores resultados no sexo masculino. Deste modo, não existe evidencia de relação entre sexo e os níveis de literacia em saúde, contudo, parece existir uma tendência que favorece o sexo feminino, com pontuações mais elevadas em certos domínios, comparativamente ao sexo masculino. A variedade de resultados encontrados sobre esta determinante em específico, pode ser explicada pelo sistema educacional, questões socioculturais e políticas, de cada país (Elsborg, Krossdal e Kayser, 2017; Kühn *et al.*, 2022; Rababah *et al.*, 2019; Vamos *et al.*, 2016).

Relativamente à idade, os dados recolhidos em diversos estudos tendem a ser concordantes, e apontam para níveis mais altos de literacia em saúde com o avançar da

idade dos estudantes. Para esta população em específico, o avançar da idade culmina com o aperfeiçoamento das competências para navegar no sistema de saúde, não só pelas experiências decorridas da utilização do sistema de saúde, mas também através da própria aprendizagem no meio académico (Rababah *et al.*, 2019; Vamos *et al.*, 2016).

Elsborg *et al.*, apontam como determinante para a literacia em saúde, as experiências relacionadas com saúde. O estudo dinamarquês, aplicado num grupo de estudantes universitários, concluiu que os participantes que relataram experiências relacionadas com a sua saúde, nomeadamente a hospitalização, apresentaram níveis superiores de literacia em saúde. O contacto com os profissionais de saúde e a procura de informação desencadeadas pela situação de doença, podem explicar esta correlação (Elsborg, Krossdal e Kayser, 2017).

Os hábitos de vida, como o consumo de álcool e tabaco, a prática de exercício físico e a alimentação, também parecem ter relação com os níveis de literacia em saúde da população universitária. Um estudo, aplicado a cerca de 1500 estudantes universitários na Grécia, concluiu que a prática de exercício físico está correlacionada com melhores níveis de literacia em saúde (Vozikis, Drivas e Milioris, 2014). Os hábitos alimentares, também parecem ter relação com os níveis de literacia em saúde. Um estudo aplicado a estudantes na província de Taiwan na China, concluiu que a literacia em saúde digital, está positivamente correlacionada com a adoção de uma dieta equilibrada (Yang, Luo e Chiang, 2019). Por outro lado, a adoção de comportamentos de risco, como fumar e ingerir bebidas alcoólicas está negativamente correlacionado com literacia em saúde, como mostra o estudo de Rababah *et al.*, na Jordânia. Este estudo fornece forte evidência que o tabagismo nos estudantes universitários é um determinante para os níveis de literacia em saúde, já que, comparativamente aos fumadores, os não fumadores apresentaram pontuações superiores em sete das nove escalas do HLQ (Rababah *et al.*, 2019).

A situação socioeconómica é também uma determinante de literacia em saúde, cuja evidência é concordante nos vários estudos encontrados. A literatura aponta para uma correlação positiva entre as duas variáveis, ou seja, os grupos de estudantes cuja situação socioeconómica é mais favorável, tendem a apresentar melhores níveis de literacia em saúde. Este facto, pode ser explicado pela maior facilidade de acesso à tecnologia e à educação (Kühn *et al.*, 2022; Vamos *et al.*, 2016; Zou *et al.*, 2018).

A par das determinantes de literacia em saúde já mencionadas, a literatura aponta as questões académicas como fatores capazes de influenciar os níveis de literacia em saúde dos estudantes universitários, nomeadamente as áreas científicas de estudo e o ano académico frequentado. De facto, parece existir evidência de relação entre o curso académico frequentado e os níveis de literacia em saúde, com maior destaque para os cursos em áreas da saúde. Sukys *et al.*, estudou a relação entre a literacia em saúde e a formação académica em saúde e verificou que os alunos que contactam com disciplinas relacionadas com saúde, tendem a apresentar níveis mais altos de literacia em saúde, principalmente no domínio de promoção da saúde (Sukys, Cesnaitiene e Ossowsky, 2017). Nesta ordem de ideias, vários autores descrevem diferentes níveis de literacia em saúde em relação aos cursos de estudo, apontando para níveis mais altos nos alunos que frequentam cursos nas áreas de saúde, facto que pode ser explicado pela maior facilidade de acesso à informação e pelo interesse pessoal na procura. Esta proximidade com temas relacionados com saúde, conduz a uma melhor compreensão e utilização da informação em saúde (Rababah *et al.*, 2019). Por outro lado, dentro dos cursos das áreas da saúde, existe alguma discrepância, onde alunos de determinados cursos de saúde apresentam níveis baixos de literacia em saúde, comparativamente a outros cursos da mesma área (Elsborg, Krossdal e Kayser, 2017). Mullan *et al.*, investigou os níveis de literacia em saúde nos estudantes matriculados nos cursos de medicina, enfermagem e outras áreas da saúde, e concluiu que os perfis de literacia em saúde dos alunos diferem. Os alunos matriculados em cursos de outras áreas da saúde, obtiveram pontuações medianas, os estudantes de medicina registaram as pontuações mais altas em sete das nove escalas do HLQ, enquanto que os estudantes de enfermagem, obtiveram as piores pontuações em todas as escalas. Este facto, pode refletir as diferenças nas médias de entrada nos respetivos cursos e o tempo de duração da formação. Os dados revelados, são preocupantes e refletem a necessidade de atuar sob a literacia em saúde dos futuros profissionais de saúde (Mullan *et al.*, 2017). Um estudo desenvolvido nos estudantes de cursos de saúde, do distrito de Lisboa, verificou que 43,6% dos estudantes apresentam níveis problemáticos ou inadequados de literacia em saúde geral. Estes dados vêm corroborar os estudos internacionais, evidenciando as lacunas de literacia em saúde, mesmo naqueles que contactam com tópicos de saúde durante a sua formação académica (Ribeiro, 2022).

O ano académico frequentado está também positivamente correlacionado com a literacia em saúde dos estudantes universitários. A literatura é concordante neste tópico e evidencia níveis mais altos de literacia em saúde nos alunos que frequentam os últimos anos do curso, comparativamente àqueles que estão a iniciar a sua formação académica. Os alunos de grau académico superior, além da licenciatura, também tendem a apresentar níveis mais altos de literacia em saúde. Este facto comprova a importância da educação escolar para o desenvolvimento das capacidades de acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação em saúde (Elsborg, Krossdal e Kayser, 2017; Rababah *et al.*, 2019; Zou *et al.*, 2018).

Outro determinante documentado na literatura diz respeito à escolaridade dos pais, que está positivamente correlacionado com a literacia em saúde dos estudantes. Os alunos tendem a apresentar níveis mais altos de literacia em saúde se os seus pais forem mais instruídos. Este facto pode dever-se à maior preocupação e consciencialização da importância da educação, por parte dos pais, que desta forma encaminham os seus filhos para um plano educativo adequado. Para além disso, os pais que receberam educação superior, tendem a apresentar níveis adequados de literacia em saúde, e por isso, ensinam no quotidiano os seus filhos a navegar no sistema de saúde (Elsborg, Krossdal e Kayser, 2017; Zou *et al.*, 2018).

O método de procura de informação sobre saúde, também surge na literatura como uma determinante dos níveis de literacia em saúde dos estudantes universitários (Kushalnagar *et al.*, 2018; Suri *et al.*, 2016). Santos *et al.*, desenvolveu uma investigação que objetivava descrever as fontes de informação que os jovens utilizam e a sua relação com a literacia em saúde. Neste estudo, a internet mostrou ser a fonte de informação mais utilizada pelos alunos, seguido de médicos, familiares e amigos, escola e outros (como revistas e informação transmitida pelos media). Contudo, os alunos que utilizavam a internet obtiveram as piores pontuações no questionário de literacia em saúde. Este facto faz-nos refletir sobre a qualidade da informação disponível na internet, tão popular junto dos estudantes (Santos *et al.*, 2018).

A identificação dos determinantes de literacia em saúde dos estudantes universitários adotou uma posição de especial relevância nos últimos anos. Controlar positivamente os determinantes de literacia em saúde, significa potenciar a saúde destes jovens e da

comunidade. Neste sentido, a instituição acadêmica é detentora da melhor oportunidade para otimizar a literacia em saúde dos seus alunos, preparando-os para tomar decisões mais informadas em saúde. Importa reforçar esta temática junto dos alunos e especialmente naqueles que serão futuros profissionais de saúde, para que atingindo o seu potencial máximo de literacia, possam promover a literacia em saúde junto das populações. Tornar as instituições voltadas para a literacia em saúde, não implica apenas direcionar as ações aos alunos, mas sim a toda a comunidade escolar. Os estudos de literacia em saúde no ensino superior, são ainda insuficientes e, por isso, torna-se de extrema importância alargar a investigação para que haja o conhecimento da realidade atual das instituições.

## 5. Metodologia do estudo

O presente trabalho divide-se em duas partes essenciais: uma primeira parte teórica, respeitante à pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo, e uma segunda parte de carácter empírico que retrata a aplicação da investigação a que nos propusemos. A pesquisa bibliográfica descrita nos tópicos anteriores, permitiu definir, com base científica, os objetivos do estudo bem como a metodologia a adotar, e traz um reforço conceptual na interpretação dos resultados obtidos. Os tópicos que se seguem, refletem a aplicação do estudo de literacia em saúde na comunidade do Instituto Politécnico de Coimbra (IPC).

### 5.1. Objetivos gerais e específicos

Este trabalho tem como objetivo geral, avaliar os níveis de literacia em saúde da comunidade do Instituto Politécnico de Coimbra, bem como, caracterizar a amostra.

Os objetivos específicos propostos são:

- ✓ Avaliar os níveis de literacia em saúde nos diferentes índices (global, prevenção da doença, promoção da saúde e cuidados de saúde) para o grupo de estudantes e para o grupo de docentes.
- ✓ Avaliar a relação entre as características da amostra e os níveis de literacia em saúde, quer para o grupo de estudantes, quer para o grupo de docentes.
- ✓ Caracterizar a amostra:
  - quanto ao estado de saúde e auto-perceção do estado de saúde dos inquiridos;
  - demograficamente;
  - quanto à situação académica;
  - quanto à situação socioeconómica;
  - quanto ao contexto familiar.

### 5.2. Hipóteses de estudo

No sentido de alinhar o estudo com os objetivos propostos, foram desenhadas hipóteses de estudo. Para facilitar a interpretação dos resultados, as duas primeiras hipóteses de

estudo foram desenhadas para a totalidade da amostra, e as restantes divididas segundo os grupos amostrais, estudantes e docentes.

#### **Totalidade da amostra:**

- Hipótese 1: Os níveis de literacia em saúde estão relacionados com a situação académica (estudante/docente).
- Hipótese 2: Os níveis de literacia em saúde estão relacionados com as áreas de estudo nas diferentes escolas do IPC.

#### **Estudantes:**

- Hipótese 3: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com o contexto familiar, na vertente educativa de base.
- Hipótese 4: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com as áreas de estudo (área de saúde e outras áreas).
- Hipótese 5: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com a situação socioeconómica.
- Hipótese 6: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com as características demográficas (sexo e idade).
- Hipótese 7: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com o estado de saúde.
- Hipótese 8: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com os níveis de estudo.

#### **Docentes:**

- Hipótese 9: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com a área profissional (área de saúde e outras áreas).
- Hipótese 10: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com a situação socioeconómica.
- Hipótese 11: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com as características demográficas (sexo e idade).
- Hipótese 12: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com o estado de saúde.



- Hipótese 13: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com os níveis de escolaridade.

### 5.3. Procedimentos

A parte empírica da investigação consistiu na distribuição de inquéritos à comunidade do IPC, recolha e tratamento dos dados. Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal e descritivo. A partilha dos questionários decorreu após a autorização do presidente do IPC, que se disponibilizou a colaborar no envio aos alunos e docentes do e-mail com o convite para aceder ao questionário, através dos serviços centrais do IPC. A recolha de dados, o tratamento estatístico dos dados, os resultados e conclusões da investigação, constam nos tópicos que se seguem.

### 5.4. População de estudo

A presente investigação tem como população alvo os alunos e docentes da comunidade do Instituto Politécnico de Coimbra. Assim, os critérios de inclusão da amostra são: pertencer a uma das escolas do IPC: Escola Superior Agrária (ESAC), Escola Superior de Tecnologias da Saúde (ESTeSC), Escola Superior de Educação (ESEC), Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital (ESTGOH), Instituto Superior de Contabilidade e Administração (ISCAC) e Instituto Superior de Engenharia (ISEC)); e consentir a participação no estudo.

### 5.5. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados decorreu através da aplicação de questionários à comunidade do IPC. A distribuição dos inquéritos teve a colaboração da presidência do IPC, que autorizou e desencadeou a partilha dos mesmos pela comunidade.

Numa primeira parte, o inquérito incidia sobre o consentimento de participação. Nela constava o consentimento informado, livre e esclarecido, com uma breve descrição da investigação, dos objetivos propostos, da possibilidade de recusar a sua participação a

qualquer momento e da confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos, para que o inquirido tomasse conhecimento e consentisse a sua participação no estudo.

	<b>Acesso/obtenção de informação relevante sobre saúde</b>	<b>Compreensão da informação relevante sobre saúde</b>	<b>Avaliação da informação relevante sobre saúde</b>	<b>Utilização da informação relevante sobre saúde</b>
<b>Cuidados de saúde (7 itens)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam.</li> <li>- Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender o que o seu médico lhe diz.</li> <li>- Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a doença.</li> <li>- Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico.</li> </ul>
<b>Prevenção da doença (5 itens)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool.</li> <li>- Compreender porque precisa de fazer rastreios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação.</li> </ul>
<b>Promoção da saúde (4 itens)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos.</li> <li>- Compreender a informação nos meios de comunicação sobre como se manter mais saudável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde.</li> </ul>	Sem itens

*Tabela 2: Distribuição dos itens do HLS-Q16-EU pelos domínios da saúde e pelas 4 dimensões de literacia em saúde*

Na segunda parte do inquérito constava o instrumento de medição da literacia em saúde HLS-EU-Q16, composto por 16 itens selecionados do HLS-EU-Q47, que abrange 11

dimensões da literacia em saúde, das 12 apresentadas na tabela 1, sendo que a dimensão que não consta é a “Capacidade para tomar decisões informadas sobre as determinantes em saúde, no contexto físico e social”, no domínio da promoção da saúde. No HLS-EU-Q16 estão representados os três domínios da literacia em saúde: cuidados de saúde (7 itens), prevenção de doença (5 itens) e promoção da saúde (4 itens) (tabela 2).

O cálculo dos índices para cada domínio de literacia em saúde, assim como o cálculo do índice global de literacia em saúde, só pode ser concretizado se pelo menos 13 das 16 perguntas tiverem resposta e se para cada domínio o número de itens sem resposta não ultrapassar um, ou seja, para o domínio dos cuidados de saúde tem de existir no mínimo 6 respostas, no domínio da prevenção de doenças 4 respostas e no domínio da promoção da saúde 3 itens com resposta.

Para cada pergunta, as possibilidades de resposta são “Muito difícil”, “Difícil”, “Fácil”, “Muito fácil” e “Não sei”, sendo que a cada uma destas é atribuída uma pontuação (1, 2, 3, 4 e 5 pontos, respetivamente). O cálculo dos índices obedece à seguinte fórmula:

$$I = \frac{X - 1}{3} \times 50$$

Onde “*I*” é o índice a calcular e “*X*” a pontuação média das questões respondidas por cada inquirido. O “*X*” pode ser calculado segundo a fórmula:

$$X = \frac{\text{pontuação total do questionário}}{\text{número de respostas}}$$

Por exemplo, se o inquirido responder a todas as perguntas (16 itens) “Muito fácil”, a pontuação atribuída a cada uma das perguntas será 4 pontos e a sua pontuação total será de 64 pontos (4 pontos  $\times$  16 perguntas respondidas). O seu índice será calculado da seguinte forma:

$$I = \frac{\frac{64}{16} - 1}{3} \times 50 = \frac{4 - 1}{3} \times 50 = 50$$

O cálculo dos índices, permite a categorização dos inquiridos em 4 níveis de literacia em saúde, variando entre 0 e 50, onde zero corresponde ao mínimo possível de literacia em saúde e 50 corresponde ao máximo de literacia em saúde. A categorização segundo o cálculo dos índices ocorre da seguinte maneira:

- Índices  $\leq 25$ : níveis inadequados de literacia em saúde
- Índices  $> 25$  e  $\leq 33$ : níveis problemáticos de literacia em saúde
- Índices  $> 33$  e  $\leq 42$ : níveis suficientes de literacia em saúde
- Índice  $> 42$  e  $\leq 50$ : níveis excelentes de literacia em saúde (Almeida, 2016; Pedro *et al.*, 2023; Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

A terceira parte do inquérito pretende caracterizar o respondente e inclui questões sociodemográficas, como a idade e o sexo, questões socioeconómicas, questões sobre o estado de saúde do inquirido (EQ-5D-5L) e, por fim, um lote de perguntas sobre a procura de informação sobre saúde. O instrumento EQ-5D-5L, desenvolvido pelo grupo EuroQoL, permite avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, representando o estado de saúde do inquirido através de um valor numérico/índice gerado segundo as respostas dadas. Este sistema descreve 5 dimensões da saúde (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar, ansiedade/depressão) e atribui a cada uma delas 5 níveis de gravidade (sem problemas – nível 1, ligeiros problemas – nível 2, moderados problemas – nível 3, problemas graves – nível 4, problemas extremos – nível 5). O estado de saúde de cada indivíduo, de acordo com as respostas nos 5 níveis de gravidade, corresponde a uma sequência numérica (5 algarismos) dos níveis respondidos em cada dimensão. Assim, um indivíduo que tenha obtido um resultado 14235, por exemplo, corresponde a um indivíduo sem problemas na mobilidade, mas com graves problemas no autocuidado, ligeiros problemas nas atividades habituais, com dores e mal-estar moderados e extremamente ansioso ou deprimido. Assim, um indivíduo com o estado de saúde associado de 11111, não tem problemas em nenhuma das dimensões de saúde (o melhor estado de saúde possível). Em contrapartida, um indivíduo com um estado de saúde de 55555 apresenta graves problemas em todas as dimensões (o pior estado de saúde possível) (Ferreira, Ferreira e Pereira, 2013; Ferreira *et al.*, 2023).

O EQ-5D-5L foi desenvolvido para ser utilizado em avaliações económicas e é a medida preferencial para estimar utilidades para o cálculo de QALYS (*quality-adjusted life year*). Cada indivíduo, durante a sua vida útil, alterna entre diferentes estados de saúde, sendo que para cada estado de saúde existe um valor atribuído. Para que o EQ-5D-5L possa ser utilizado em avaliações económicas, deve existir um valor atribuído para cada um dos 3125

estados de saúde possíveis. Este valor atribuído a cada possibilidade de resposta, deve ter em conta aspetos demográficos e culturais, já que estes influenciam a avaliação do estado de saúde. Assim, para cada país existirão conjuntos de valores específicos para a população. Em Portugal, o conjunto de valores do EQ-5D-5L, adaptados à situação nacional, pode ser consultado na tabela 3.

Dimensão	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Mobilidade (MO)	0,000	0,048	0,092	0,182	0,356
Cuidados pessoais (CP)	0,000	0,048	0,070	0,156	0,294
Atividades habituais (AH)	0,000	0,044	0,063	0,135	0,263
Dor/mal-estar (DM)	0,000	0,041	0,101	0,254	0,406
Ansiedade/Depressão (AD)	0,000	0,036	0,085	0,212	0,284

Tabela 3: Conjunto de valores para a população portuguesa do EQ-5D-5L (Adaptado de Ferreira et al. 2019).

O valor de utilidade é calculado segundo a fórmula:

$$U=1-MO-CP-AH-DM-AD$$

Por exemplo, o estado de saúde 21415 pode ser convertido num valor de utilidade da seguinte forma:

$$U=1-0,048-0-0,135-0-0,284=0,53$$

Assim se calcula o valor do QALY associado a cada estado de saúde obtido pelo EQ-5D-5L, para a população portuguesa, ou também designado como o índice EQ-5D-5L (Ferreira, Ferreira e Pereira, 2013; Ferreira et al., 2019, 2023).

Para além do EQ-5D-5L foi também solicitado aos inquiridos que classificassem o seu estado de saúde atual numa escala visual de 0 a 100, onde 0 é o pior estado de saúde que se possa imaginar e 100 o melhor estado de saúde que se possa imaginar. Esta escala é também designada por termómetro EQ-VAS (Ferreira et al., 2023; Ferreira, Ferreira e Pereira, 2013).

A quarta e última parte do inquérito, incidiu sobre a caracterização do estudante e docente, englobando questões como ano e curso que frequenta, nível de estudos que frequenta e escolaridade dos pais, no caso de ser estudante e, questões como nível de escolaridade, situação sobre o emprego e área profissional, no caso de ser docente. A recolha de dados decorreu entre 7 de março e 12 de junho.

## 5.6. Análise estatística

O tratamento dos dados recolhidos através da aplicação dos questionários à comunidade IPC, foi realizado com recurso ao software IBM SPSS Statistics versão 28 para Windows. Na fase de descrição da amostra, procedeu-se à aplicação de estatística descritiva, com determinação de frequências e médias. As hipóteses de estudo foram testadas aplicando testes estatísticos para amostras independentes, nomeadamente o t-test para igualdade de médias, ANOVA e o teste Qui-Quadrado. Para a inferência estatística assumiu-se um grau de confiança de 95%, para uma probabilidade de erro aleatório inferior ou igual a 5%.

## 5.7. Considerações éticas

O questionário tinha como folha de rosto o consentimento informado, livre e esclarecido, com as principais informações e objetivos do estudo. Antes do preenchimento do questionário, os respondentes tinham de consentir a sua participação no estudo, respondendo “Sim” às perguntas:

- *“Compreendi os objetivos deste inquérito, bem como as informações que me foram fornecidas e aceito participar de forma livre e esclarecida*
- *Fui informado/a da possibilidade de livremente recusar a participação neste inquérito, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para mim*
- *Tendo em conta que é garantido o anonimato, aceito que os dados fornecidos sejam utilizados para análise estatística e que os resultados deste estudo possam ser partilhados com a comunidade científica”*

Apenas os participantes que responderam “Sim” às três perguntas mencionadas, foram considerados para o estudo. Os dados fornecidos serão tratados apenas para fins de investigação e está garantido o anonimato e confidencialidade dos mesmos. O questionário obteve parecer positivo da comissão de ética da Universidade do Minho.

## 6. Resultados

### 6.1. Descrição da amostra

A aplicação dos questionários na comunidade do IPC resultou em 1318 respostas válidas. Na tabela 4 encontram-se descritas as principais características sociodemográficas, económicas e académicas da amostra total.

Variável	N	% válida
<b>Sexo</b>		
Feminino	887	69,4%
Masculino	391	30,6%
Não responde	40	-
<b>Idade</b>	Média ( $\pm$ DP) Min-Max	30,32 $\pm$ 13.48 17-69
<b>Função desempenhada no IPC</b>		
Estudante	1031	80,7%
Docente	246	19,3%
Não responde	41	-
<b>Escola do IPC a que pertence</b>		
ESAC – Escola Superior Agrária de Coimbra	155	12,2%
ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra	325	25,6%
ESTeSC – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra	240	18,9%
ESTGOH – Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital	42	3,3%
ISCAC – Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra	332	26,1%
ISEC – Instituto Superior de Engenharia de Coimbra	176	13,9%
Não responde	48	-

Tabela 4: Características gerais da amostra.

Variável	N	% válida
<b>Situação económica</b>		
O dinheiro que tem à disposição é suficiente para os gastos de alimentação, habitação, educação e saúde?		
Nunca	44	3,4%
Raramente	92	7,2%
Às vezes	225	17,6%
Quase sempre	375	29,3%
Sempre	522	40,8%
Não sabe	20	1,6%
Não responde	40	-

*Tabela 4: Características gerais da amostra (continuação).*

De acordo com os dados apresentados na tabela, verificámos que os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (69,4%), estudantes (80,7%), com uma média de idades de 30 anos. Verificou-se também, que o maior número de participantes pertencia ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra (ISCAC), seguindo-se a Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC) e a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC). A escola com menos respostas foi a Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital (ESTGOH).

Relativamente à situação económica, 70,1% dos inquiridos revelaram ter sempre ou quase sempre dinheiro suficiente à disposição para os gastos de habitação, alimentação, educação e saúde. No entanto, 10,6% dos participantes revelaram que nunca ou raramente tinham dinheiro suficiente para cobrir estes gastos.



Os participantes foram ainda questionados sobre o seu estado de saúde. No gráfico 15 podemos ver os resultados do questionário EQ-5D-5L.

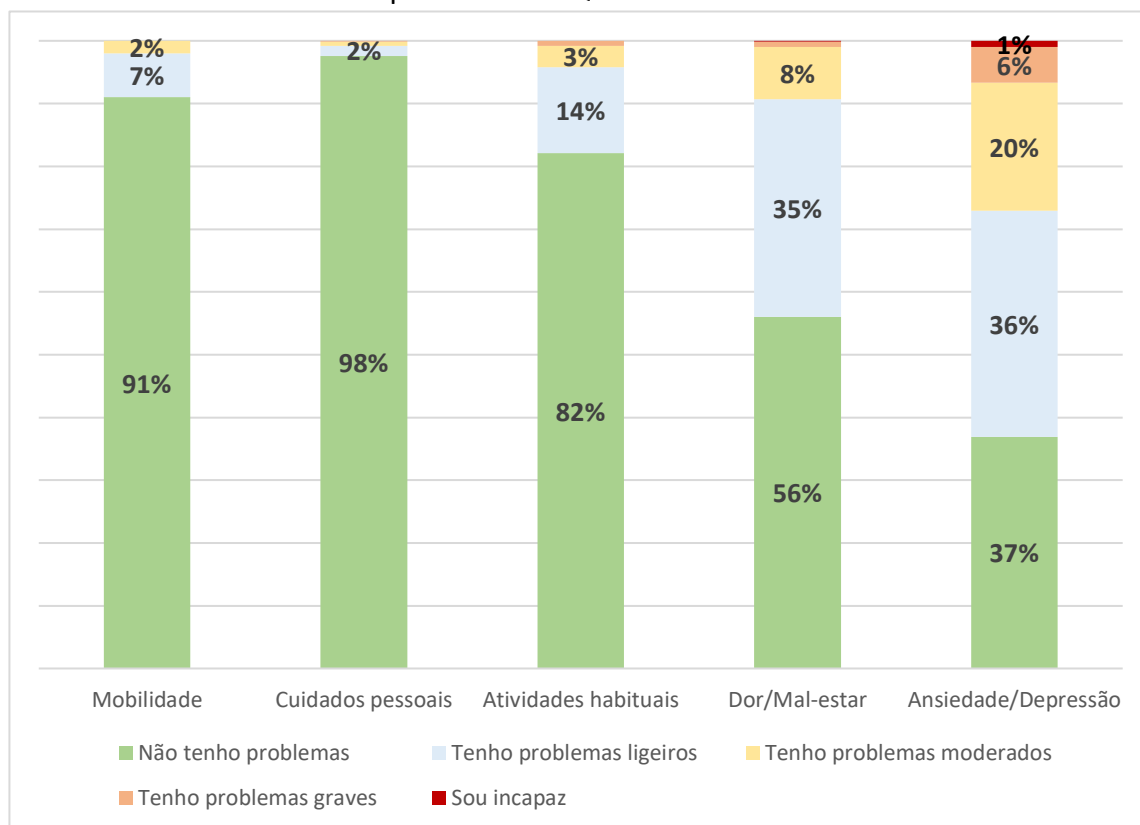


Gráfico 15: Resultados para cada dimensão do EQ-5D-5L.

A dimensão com melhores resultados é a dimensão dos cuidados pessoais, onde 98% dos inquiridos respondeu não ter problemas nas tarefas de lavar ou vestir. Segue-se a mobilidade, onde 91% dos inquiridos revelou não ter problemas em andar. Nenhum dos inquiridos revelou ter problemas graves ou ser incapaz de andar. Relativamente às atividades habituais, onde se considera o trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer, a grande maioria (82%) não revelou ter quaisquer problemas em desempenhar as atividades habituais e 14% revelou problemas ligeiros. É nas dimensões dor/mal-estar e ansiedade/depressão que surgem os piores resultados do EQ-5D-5L, onde 43% dos inquiridos revelou ter dores ligeiras ou moderadas e 1% dores ou mal-estar graves. Na dimensão ansiedade/depressão encontram-se os piores resultados. Apenas 37% dos inquiridos não revelou estar ansioso/deprimido, 36% revelou estar ligeiramente ansioso/deprimido e 27% mostrou ter problemas moderados, graves ou extremos de ansiedade e depressão.

Em média, os participantes do estudo obtiveram uma pontuação de 0,9 no cálculo do índice EQ-ED-5L, muito próximo de 1. A pontuação mais baixa para este índice foi de 0,26 e a

máxima de 1. Analisando separadamente os estudantes e docentes para este índice, a pontuação média manteve-se nos 0,9 quer para estudantes, quer para docentes.

Para além do questionário EQ-5D-5L, os participantes responderam à escala EQ-VAS, onde lhes foi solicitado que numa escala numerada de 0 a 100 classificassem a sua saúde no momento de resposta ao questionário, onde 0 significava a pior saúde que possa imaginar, e 100 a melhor saúde que possa imaginar. A pontuação média de resposta encontrou-se nos 76,16 pontos. Quando analisada a pontuação para estudantes e docentes, verificámos que os docentes atribuíram em média uma pontuação mais elevada na escala (78,56 pontos), comparativamente aos estudantes que avaliaram a sua saúde com uma pontuação inferior na escala (75,72 pontos). A diferença de pontuação entre estudantes e docentes, não foi estatisticamente significativa ( $p=0,106$ ) no teste de comparação de médias para amostras independentes.

Relativamente à procura de informação sobre saúde, fontes e frequência de pesquisa, os resultados (gráfico 16), revelaram que as fontes de informação mais utilizadas foram, os profissionais de saúde, pesquisa livre na internet e amigos e/ou familiares. As fontes de informação sobre saúde menos procuradas foram a imprensa escrita, a rádio e outros programas de televisão.

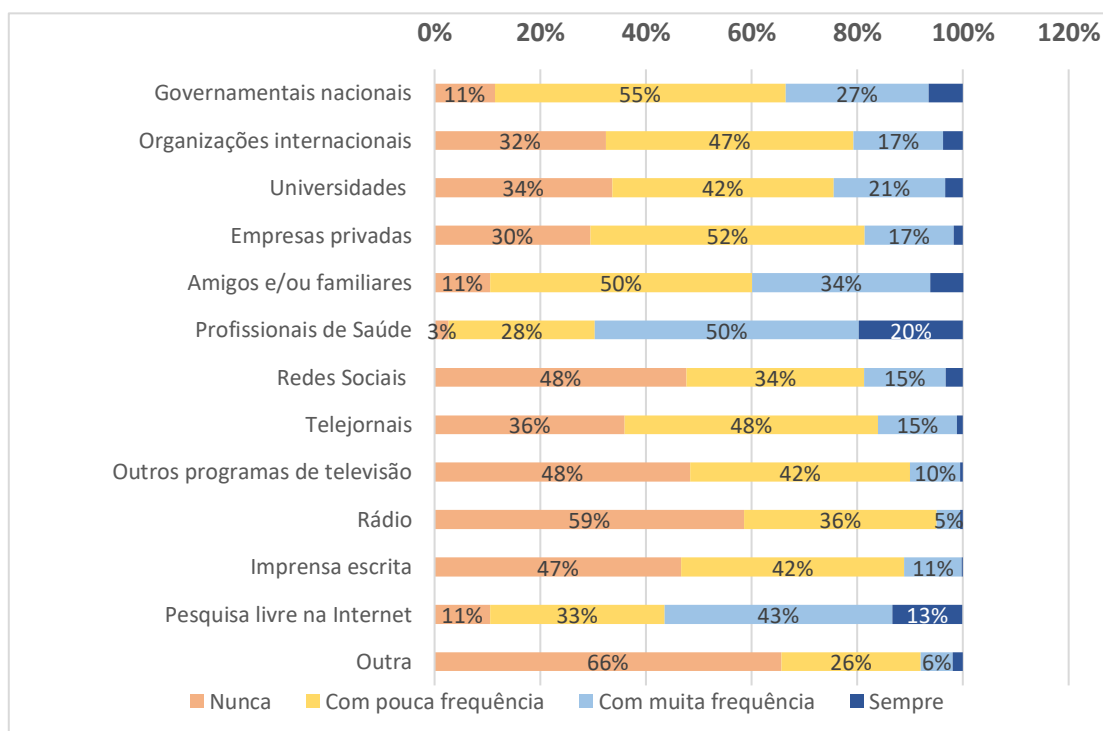


Gráfico 16: Frequência de utilização de diferentes fontes e canais para procura de informação de saúde.

Adiante faremos uma descrição mais detalhada do participante estudante e docente, caracterizando cada um deles.

## 6.2. Caracterização do estudante

O questionário continha uma pergunta que permitia ao respondente identificar-se enquanto estudante ou docente. Mediante a resposta a esta pergunta, o participante era encaminhado para outro grupo de perguntas adaptado à sua função no IPC. Neste subcapítulo apresentamos os resultados para o grupo de perguntas específico para os estudantes. Na tabela 5, constam os resultados para cada uma das perguntas.

Variável		N (n total=1031)	% válida
Sexo	Feminino	739	71,7%
	Masculino	292	28,3%
Idade	Média ( $\pm$ DP)	25,71 $\pm$ 9,605	
	Min-Máx	17-61	
Nível de estudos que frequenta	Licenciatura	470	74,5%
	Pós-Graduação	14	2%
	Mestrado	143	22,8%
	Outro	4	0,7%
	Não responde	400	-
É finalista?	Sim	244	38,7%
	Não	386	61,3%
	Não responde	401	-
País de conclusão do ensino secundário	Portugal	580	91,9%
	Outro	51	8,1%
	Não responde	400	-
Completo um curso de saúde anteriormente?	Sim	39	6,2%
	Não	592	93,8%
	Não responde	400	-
Escolaridade dos pais	Ensino Secundário ou inferior	454	72%
	Ensino Superior	177	28%
	Não responde	400	-
Algum dos pais é profissional de saúde?	Sim	65	10,3%
	Não	566	89,7%
	Não responde	400	-

Tabela 5: Caracterização do estudante.

Atendendo aos resultados apresentados na tabela, verificámos que a maioria dos estudantes revelaram ser do sexo feminino (71,7%) com idades compreendidas entre os 17 e os 61 anos, estando a média de idades dos estudantes nos 26 anos.

Destacamos que a maioria dos estudantes frequentavam o ciclo de estudos correspondente a licenciatura (74,5%), seguindo-se o ciclo de estudos correspondente a mestrado (22,8%). A maioria dos participantes estudantes não era finalista (61,3%), concluiu o ensino secundário em Portugal (91,9%) e não completou um curso de saúde anteriormente (93,8%).

Na tentativa de enquadrar o contexto familiar, na vertente educativa de base, o questionário incluiu duas perguntas sobre a escolaridade dos pais e a possível profissão em áreas da saúde. As respostas revelaram que 72% dos pais dos estudantes que participaram no estudo, tinham um grau de escolaridade correspondente ao ensino secundário ou inferior a este. Relativamente à profissão, 10,3% dos pais revelaram ser profissionais de saúde.

### 6.3. Caracterização do docente

Neste subcapítulo apresentamos os resultados ao grupo de perguntas direcionado aos docentes que responderam ao questionário (tabela 6).

Variável		N (n total=246)	% válida
Sexo	Feminino	148	60,2%
	Masculino	98	39,8%
Idade	Média ( $\pm$ DP)	49,77 $\pm$ 9,514	
	Min-Máx	23 - 69	
Nível de escolaridade	Licenciatura	22	13,8%
	Mestrado	41	25,6%
	Doutoramento	94	58,8%
	Outro	3	1,8%
	Não responde	86	-
Situação perante o emprego	Docente a tempo integral	84	52,8%
	Docente a tempo parcial	68	42,8%
	Outro	7	4,4%
	Não responde	87	-
Exclusividade no ensino superior	Sim	100	62,9%
	Não	59	37,1%
	Não responde	87	-

Tabela 6: Caracterização do docente.

Variável		N (n total=246)	% válida
Exclusividade relacionada com a área da saúde	Sim	32	20,1%
	Não	127	79,9%
	Não responde	87	-
Profissional de saúde	Sim	30	18,9%
	Não	129	81,1%
	Não responde	87	-

Tabela 6: Caracterização do docente (continuação).

Atendendo aos dados apresentados verificámos que a maioria dos docentes era do sexo feminino (60,2%) com uma idade média de 50 anos. A maioria concluiu um ciclo de estudos de mestrado ou doutoramento (84,4%), trabalhando na sua maioria a tempo integral (52,8%) ou parcial (42,8%) e exclusivamente para o ensino superior (62,9%). Relativamente à relação profissional com a área da saúde, verificámos que 20,1% trabalhava exclusivamente com a área da saúde e 18,9% revelou ser profissional de saúde.

#### 6.4. Literacia em Saúde no IPC

A aplicação do questionário HLS-EU-Q16 à comunidade do IPC, permitiu avaliar os níveis de literacia em saúde global e para os domínios dos cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde. Para o cálculo de cada índice, foram tidas em conta as respostas às perguntas correspondentes a cada domínio da literacia em saúde. Para o cálculo do índice geral, contabilizam-se as respostas às 16 perguntas do HLS-EU-Q16. No cálculo dos restantes índices de literacia em saúde, as respostas a considerar atendem à divisão do questionário descrita no tópico 5.5.

Considerando a amostra total (n=1318), o índice de literacia em saúde global revelou ser, em média, de 33,4 (nível de literacia em saúde problemático). Nos restantes domínios a média foi de 33,9 (nível de literacia em saúde suficiente) para o índice de cuidados de saúde, 32,6 (nível de literacia em saúde problemático) no índice de prevenção da doença e 33,5 (nível de literacia em saúde suficiente) no índice de promoção da saúde. Apesar dos resultados das médias para cada índice serem muito próximos entre si, destacamos que no domínio dos cuidados de saúde, o índice de literacia em saúde foi superior comparativamente com os restantes, em contrapartida, no domínio da prevenção da doença, foram encontrados os piores resultados. Destacamos que para o índice global de literacia em saúde, a média revela níveis problemáticos.

Atendendo à categorização dos níveis de literacia em saúde, de acordo com os índices calculados, adiante analisaremos em detalhe a percentagem de indivíduos correspondente a cada nível de literacia em saúde pelos diferentes índices (gráfico 17).

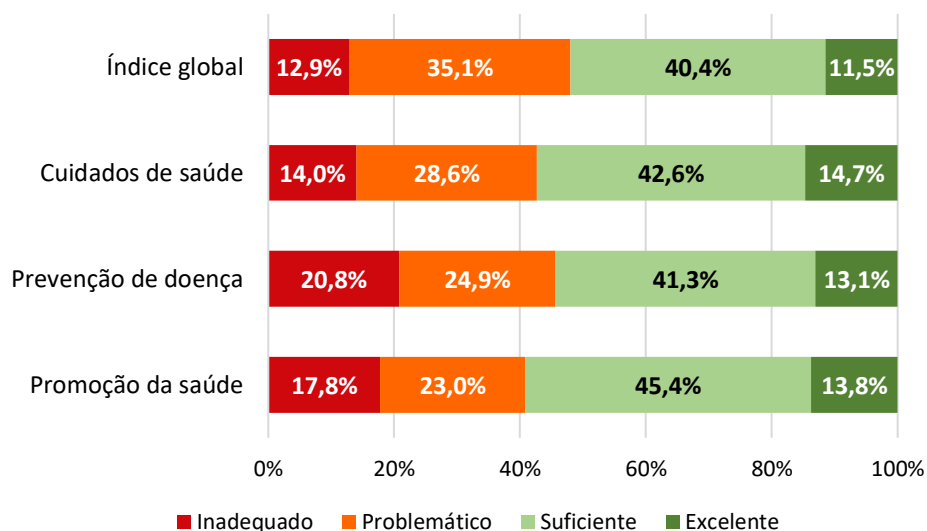


Gráfico 17: Níveis de literacia em saúde para cada índice (global, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) no IPC.

Analisando os resultados apresentados no gráfico 17, verificámos que a maioria dos inquiridos apresentou um nível de literacia em saúde global suficiente ou excelente (51,9%). Contudo, 48% da comunidade do IPC, mostrou um nível inadequado ou problemático de literacia em saúde global, correspondendo a uma parcela bastante significativa. Relativamente ao índice de literacia em saúde no domínio dos cuidados de saúde, aproximadamente 57% dos inquiridos apresentaram níveis excelentes ou suficientes de literacia em saúde de cuidados de saúde. Ainda que melhores, os resultados revelaram que 14% apresentou níveis inadequados e 28,6% níveis problemáticos. Dos três domínios da saúde, foi no domínio da prevenção a doença que se encontraram os piores resultados, não só por corresponderem à menor percentagem de “excelente”, como também por apresentarem a maior percentagem de nível de literacia em saúde inadequando (20,8%). Apesar de a maioria ter revelado níveis suficientes ou excelentes (54,4%) de literacia em saúde, foi grande a parcela do lado oposto, onde aproximadamente 45,7% apresenta níveis problemáticos ou inadequados. Por fim, a maioria dos inquiridos apresentou níveis de literacia em saúde de promoção da saúde, suficiente (45,4%) ou excelente (13,8%). Ainda assim, importa salientar que 17,8% apresentou níveis inadequados de literacia em saúde e 23% níveis problemáticos, perfazendo um total de

aproximadamente 40,8% de indivíduos com níveis de literacia em saúde neste domínio, insatisfatórios.

Analisando agora separadamente os estudantes (n=1031) e docentes (n=246), verificámos que para todos os índices, os docentes apresentaram melhores níveis de literacia em saúde quando comparados com os estudantes (gráfico 18). Foi no índice de promoção da saúde que tanto os docentes como os estudantes revelaram melhores resultados.

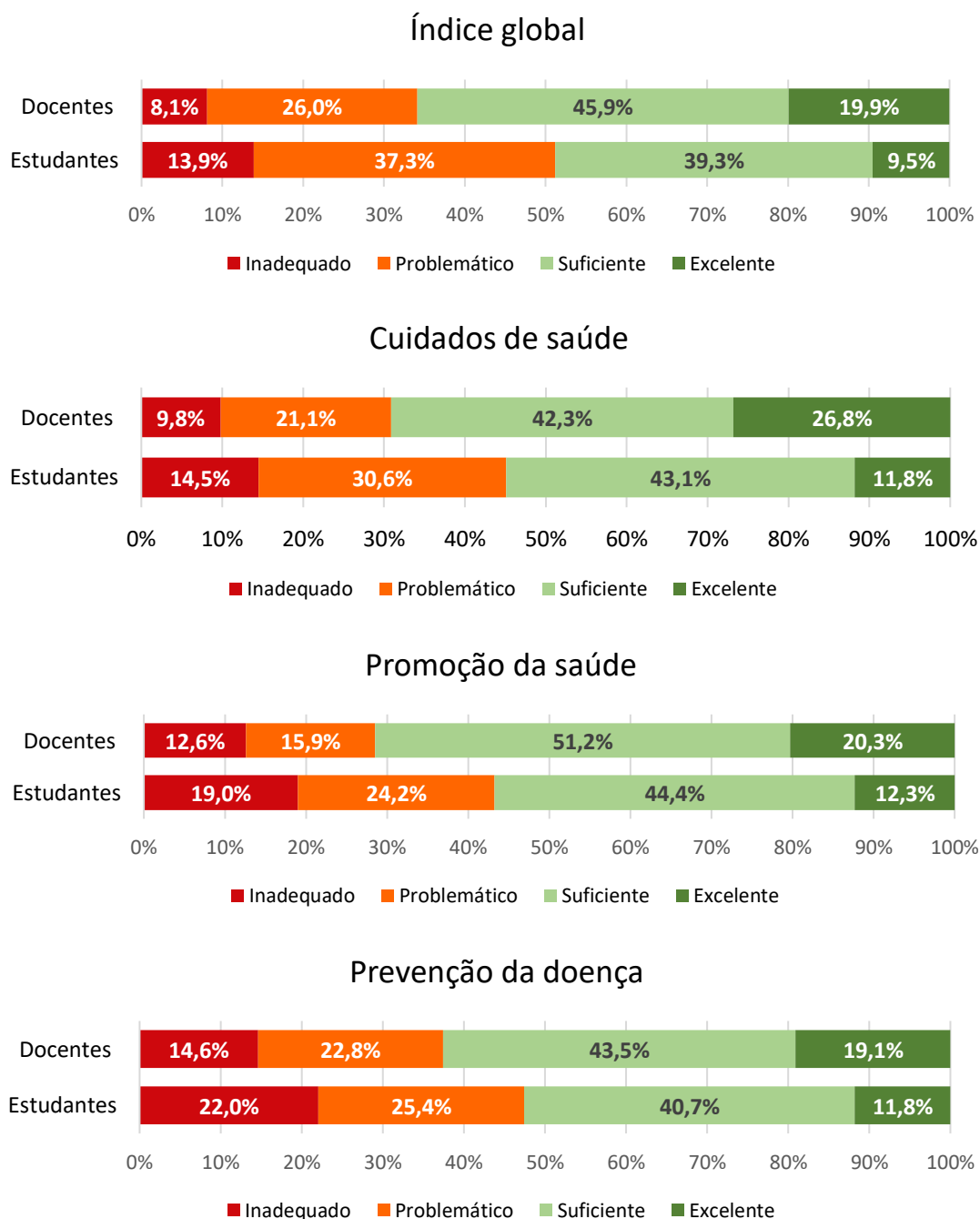


Gráfico 18: Níveis de literacia em saúde dos estudantes e docentes do IPC, para cada índice (global, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde).

O índice global revelou que a maioria dos estudantes (51,2%) apresentou níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde e que apenas 9,5% deste grupo apresentou níveis excelentes de literacia em saúde global. No grupo de docentes esta percentagem de níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde global foi inferior (34,1%), mas ainda assim muito expressiva. Aproximadamente 45% dos estudantes revelou níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde de cuidados de saúde e 47% revelaram níveis inadequados ou problemáticos para o índice de prevenção da doença. Verifica-se uma expressiva diferença entre os dois grupos amostrais, sendo que os estudantes apresentaram resultados manifestamente piores quando comparados com os docentes, para todos os índices.

Atendendo à divisão dos itens do HLS-EU-Q16 (tabela 2) pelos índices de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, foi possível analisar em detalhe as respostas para cada item. Adiante apresentamos essa análise.

#### ✓ **Cuidados de saúde**

São 7 os itens do questionário HLS-EU-Q16, referentes ao domínio dos cuidados de saúde. Na tabela 2 é possível situar cada uma das perguntas nas 4 dimensões propostas na matriz de literacia em saúde. Através desta distribuição dos itens pelas 4 dimensões da literacia em saúde, é possível aprofundar a análise e explorar diferenças nos resultados entre o acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação sobre saúde, definindo áreas de maior interesse de atuação.

No gráfico 19, podemos verificar a frequência de resposta para cada item dos cuidados de saúde do HLS-EU-Q16. Observou-se que na dimensão “avaliação da informação relevante sobre saúde” no domínio dos cuidados de saúde, 45,6% dos inquiridos responderam ter dificuldade ou muita dificuldade em avaliar a necessidade de uma segunda opinião de outro médico. Sendo este item o que obteve piores resultados comparativamente às restantes perguntas do domínio. Na dimensão do acesso/obtenção de informação, os resultados destacaram também lacunas consideráveis, com aproximadamente 26% dos inquiridos a considerarem difícil ou muito difícil “saber mais sobre onde obter ajuda quando está doente” e aproximadamente 22% considerarem difícil ou muito difícil



“encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam”. É de facto nestas duas dimensões (acesso e avaliação da informação sobre saúde) que destacamos os piores resultados neste domínio.

Na dimensão de compreensão, os resultados mostraram-se mais animadores, ainda que aproximadamente 14% considerasse difícil ou muito difícil compreender o que o médico lhe diz. A pergunta “compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado” obteve o melhor resultado nesta série de questões, onde aproximadamente 96% respondeu “fácil” ou “muito fácil”.

Relativamente à dimensão de utilização da informação sobre saúde, observou-se que 27% dos respondentes consideraram difícil ou muito difícil utilizar a informação que o médico lhe dá para tomar decisões sobre a doença. No entanto 96% considerou fácil ou muito fácil seguir as instruções do médico ou farmacêutico.

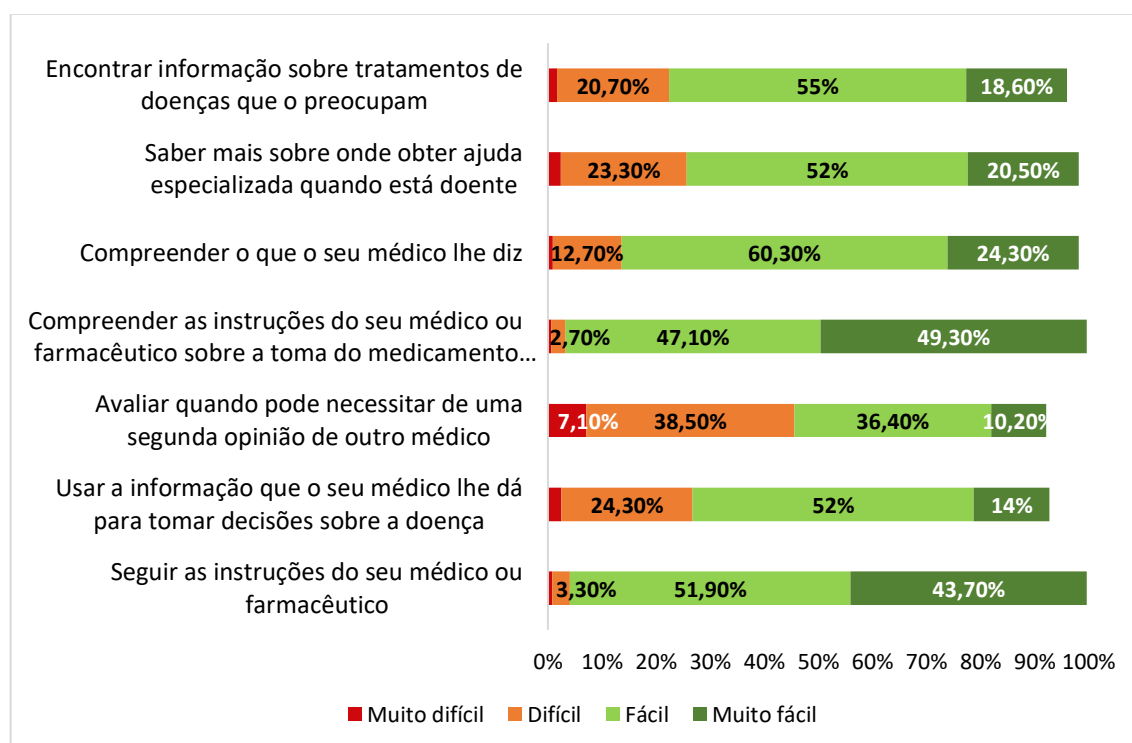


Gráfico 19: Respostas para os 7 itens do HLS-Q16-EU relativos ao domínio dos cuidados de saúde.

### ✓ Prevenção da doença

Avaliando em detalhe as respostas dadas para cada item do domínio de prevenção da doença do HLS-EU-Q16, e atendendo à distribuição desses mesmos itens pelas 4 dimensões da literacia em saúde, verificou-se que a dimensão de compreensão da informação revelou melhores resultados comparativamente às dimensões de acesso, avaliação e utilização (gráfico 20). Apenas 7% dos inquiridos consideraram difícil ou muito difícil compreender porque precisam de fazer rastreios. A esmagadora maioria mostrou compreender os avisos de saúde sobre comportamentos de risco para a saúde e compreender a necessidade de fazer rastreios.

Mais uma vez, a dimensão do acesso à informação, pareceu ser a mais problemática, com 46% dos inquiridos a considerarem difícil ou muito difícil encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão. Em linha com estes resultados, estão também as dimensões de avaliação e utilização da informação, com aproximadamente 40% das respostas a situarem-se no “difícil” ou “muito difícil” em questões como “decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação” e “avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança”.

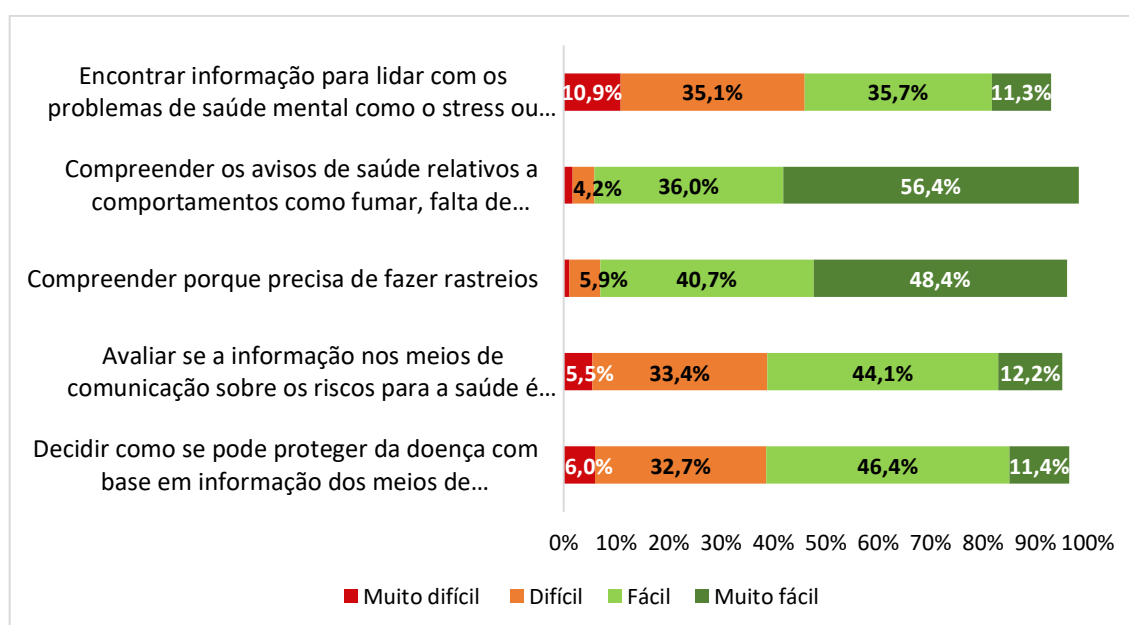


Gráfico 20: Respostas para os 5 itens do HLS-Q16-EU relativos ao domínio de prevenção da doença.

### ✓ Promoção da saúde

A tabela 2, revela a distribuição dos 4 itens do HLS-Q16-EU relativos ao domínio de promoção da saúde. Neste caso em particular, nenhum item corresponde à dimensão de utilização de informação sobre saúde, pelo que só será possível avaliar as dimensões de acesso, compreensão e avaliação.

No gráfico 21, é possível observar as frequências de resposta para cada um dos itens deste domínio. Verificou-se que os resultados para as diferentes dimensões de literacia em saúde, são semelhantes entre si no que toca ao domínio da promoção da saúde. Destacamos, que, de acordo com o que se observa nos restantes domínios já abordados, no domínio da promoção da saúde, a dimensão de compreensão, destacou-se mais uma vez pelos melhores motivos, estando o item “compreender a informação nos meios de comunicação sobre como se manter mais saudável” com o melhor resultado deste conjunto de perguntas, com 82,2% de resposta “fácil” ou “muito fácil”.

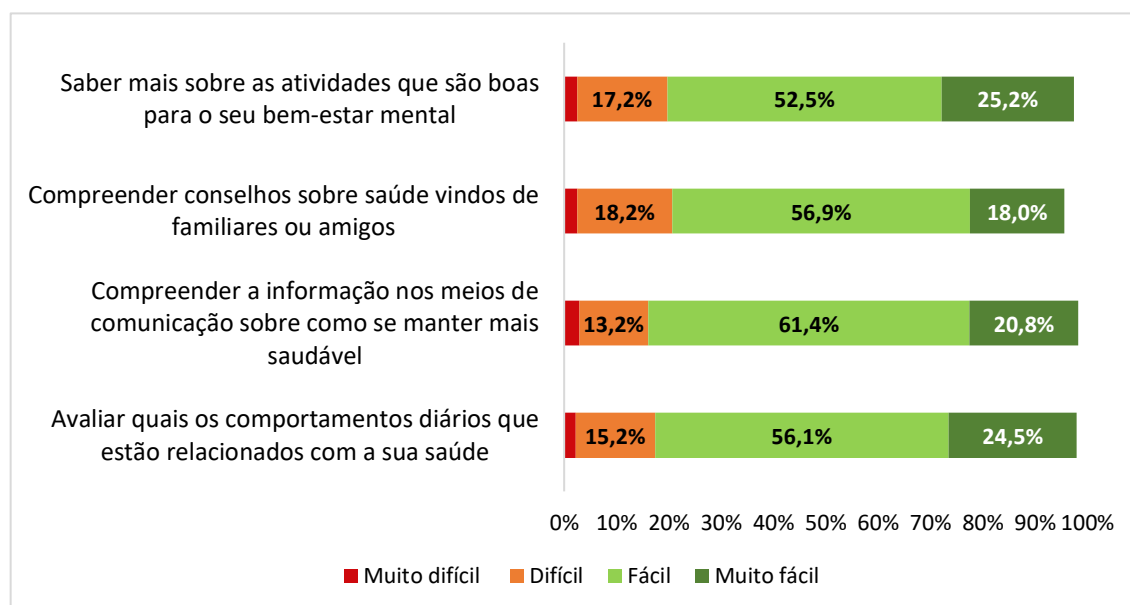


Gráfico 21: Respostas para os 5 itens do HLS-Q16-EU relativos ao domínio de promoção da saúde.

Em suma, os níveis de literacia em saúde no IPC, foram apurados através do cálculo do índice global de literacia em saúde e dos cálculos do mesmo índice para cada domínio da saúde (cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde). Os resultados revelaram níveis suficientes para o índice de cuidados de saúde e para o índice de promoção da saúde. No índice global de literacia em saúde e no índice de prevenção da doença, os resultados revelaram níveis problemáticos na comunidade do IPC. Analisando

as respostas para cada item do HLS-EU-Q16, verificou-se que as dimensões de acesso, avaliação e utilização da informação sobre saúde obtiveram piores resultados, sendo a dimensão de compreensão, a que revelou melhores resultados.

#### 6.4.1. Literacia em saúde nas escolas do IPC

O questionário aplicado à comunidade do IPC, permitia identificar a que escola do IPC o inquirido pertencia (ESAC – Escola Superior Agrária de Coimbra, ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra, ESTeSC – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, ESTGOH – Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital, ISCAC – Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, ISEC – Instituto Superior de Engenharia de Coimbra). Deste modo, foi possível averiguar os índices médios de literacia em saúde para cada escola e para os dois grupos amostrais (estudantes e docentes).

	ESAC	ESEC	ESTeSC	ESTGOH	ISCAC	ISEC
<b>Índice global</b>	33,7	33,1	35,7	30,1	32,8	33,0
<b>Cuidados de saúde</b>	34,2	33,5	36,0	31,3	33,3	34,1
<b>Prevenção da doença</b>	33,0	32,3	35,0	29,1	31,9	32,1
<b>Promoção da saúde</b>	33,3	33,6	35,9	29,6	33,2	32,3

Tabela 7: Índices médios de literacia em saúde nas diferentes escolas do IPC.

■ Níveis problemáticos de literacia em saúde    ■ Níveis suficientes de literacia em saúde

Analisando os índices de literacia em saúde de cada escola, foi possível identificar as escolas com piores e melhores resultados (tabela 7). A ESTeSC, apresentou níveis de literacia em saúde superiores quer no índice global, quer nos subdomínios, comparativamente às restantes escolas, destacando-se como a escola com melhores resultados. Em contrapartida, a ESTGOH e o ISCAC destacaram-se pela negativa com os piores índices em todos os domínios, revelando níveis problemáticos de literacia em saúde.

A ESAC revelou níveis suficientes de literacia em saúde no índice global e de cuidados de saúde e níveis problemáticos no domínio de prevenção da doença e promoção da saúde. A

ESEC por sua vez, apresentou níveis problemáticos para o índice global e de prevenção da doença e níveis suficientes para o domínio dos cuidados de saúde e promoção da saúde. O ISEC, revelou níveis suficientes de literacia em saúde apenas para o índice de cuidados de saúde, revelando níveis problemáticos para todos os outros índices. Nenhuma escola obteve, em média, níveis de literacia em saúde inadequados ou excelentes.

Adiante, verificaremos se as diferenças de médias nos índices de literacia em saúde, entre escolas, são ou não estatisticamente significativos (hipótese de estudo 2).

Analisando separadamente o grupo de estudantes e o grupo de docentes, foi possível averiguar a média de cada índice de literacia em saúde, por escola, e por grupo de estudantes e docentes (Tabela 8). Os estudantes apresentaram índices de literacia em saúde manifestamente inferiores, comparativamente ao grupo de docentes, em todas as escolas. A ESTeSC obteve os melhores resultados, comparativamente às outras escolas, com níveis de literacia em saúde suficientes para todos os índices, quer nos estudantes, quer nos docentes. A ESTGOH revelou os piores resultados, com o grupo dos docentes a apresentarem níveis de literacia em saúde problemáticos para o índice global, prevenção da doença e promoção da saúde, estando este grupo na mesma linha dos resultados obtidos pelos estudantes. Apenas no domínio dos cuidados de saúde, o grupo de docentes da ESTGOH revelou níveis suficientes de literacia em saúde.

Na ESAC e ISCAC, a diferença de resultados entre docentes e estudantes foi bastante expressiva, com os docentes a apresentarem níveis suficientes de literacia em saúde e os estudantes níveis problemáticos, para todos os índices calculados. Na ESEC, os docentes revelaram níveis problemáticos de literacia em saúde, no domínio de prevenção da doença, mas níveis suficientes nos restantes domínios, ao passo que os estudantes apresentaram níveis problemáticos para todos eles. No ISEC, os estudantes revelaram níveis suficientes de literacia em saúde no domínio dos cuidados de saúde, mas níveis problemáticos nos restantes. Nesta escola, os docentes, à semelhança da ESEC, apresentaram níveis problemáticos de literacia em saúde no índice de prevenção da doença.

	ESAC		ESEC		ESTeSC		ESTGOH		ISCAC		ISEC	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
<b>Índice global</b>	36,2	32,9	34,7	32,9	38,1	35,0	32,8	29,1	35,3	32,3	34,1	32,6
<b>Cuidados de saúde</b>	36,6	33,4	35,6	33,1	38,5	35,3	34,1	30,1	35,2	32,9	35,7	33,6
<b>Prevenção da doença</b>	34,8	32,4	33,2	32,2	37,5	34,3	32,2	27,9	34,5	31,4	33,0	31,8
<b>Promoção da saúde</b>	35,9	32,6	34,9	33,3	38,4	35,1	31,3	28,9	36,5	32,5	33,6	32,0

Tabela 8: Índices médios de literacia em saúde nas escolas do IPC por grupo de estudantes e docentes.

Legenda: D – Docentes; E – Estudantes

■ Níveis problemáticos de literacia em saúde    ■ Níveis suficientes de literacia em saúde

Em suma, existem diferenças visíveis nos índices médios de literacia em saúde entre estudantes e docentes. Adiante faremos a análise das hipóteses de estudo propostas para a amostra total e para os subgrupos amostrais de estudantes e docentes.

## 6.5. Hipóteses de estudo

- **Hipótese 1: Os níveis de literacia em saúde estão relacionados com a situação académica (estudante/docente).**

No questionário distribuído à comunidade do IPC, a resposta à pergunta “Qual a função que desempenha no IPC?” permitiu dividir a amostra em dois grupos distintos, os estudantes e os docentes. Importa avaliar se esta condição académica está relacionada com os níveis de literacia em saúde. Aplicando o teste t para amostras independentes observou-se a existência uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de literacia em saúde global e de cuidados de saúde, entre estudantes e docentes.

Literacia em saúde	Função no IPC	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Estudante	996	32,9	7,0	6,6	<0,05
	Docente	241	35,6	8,2		
Cuidados de saúde	Estudante	982	33,4	7,2	16,5	<0,001
	Docente	242	36,2	8,9		
Prevenção da doença	Estudante	986	32,1	8,4	0,8	0,386
	Docente	236	34,5	9,0		
Promoção da saúde	Estudante	947	33,0	9,0	1,4	0,229
	Docente	231	35,7	9,4		

Tabela 9: Relação entre os níveis de literacia em saúde e a situação académica (estudante/docente) (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

De facto, verifica-se que atendendo ao índice de literacia em saúde global e de cuidados de saúde, os docentes apresentaram níveis significativamente superiores, quando comparados com os estudantes. Nos domínios de prevenção da doença e promoção da saúde, apesar dos índices continuarem a ser superiores nos docentes, não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

➤ **Hipótese 2: Os níveis de literacia em saúde estão relacionados com as áreas de estudo nas diferentes escolas do IPC.**

A segunda hipótese de estudo pretende esclarecer a possível relação entre os índices de literacia em saúde e a área de estudo das escolas do IPC, que neste caso assumiremos como área da saúde ou outra.

O questionário continha uma pergunta que permitia ao inquirido nomear a escola do IPC a que pertencia. São seis, as escolas do IPC, sendo que apenas a ESTeSC é uma escola de saúde. Deste modo, foi possível averiguar se existem diferenças significativas nos índices de literacia em saúde entre escolas, e se a escola de saúde se destaca das restantes.

Na tabela 4 (características gerais da amostra) é possível observar a frequência de respostas para cada escola. Os índices de literacia em saúde médios para cada escola, constam da tabela 7. Recorrendo ao teste ANOVA, foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de literacia em saúde entre escolas, quer no índice global, quer nos subdomínios.

Literacia em saúde	Escola do IPC	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	ESAC	152	33,7	7,0	7,5	<0,001
	ESEC	308	33,1	7,5		
	ESTeSC	239	35,7	7,3		
	ESTGOH	42	30,1	6,6		
	ISCAC	322	32,8	6,8		
	ISEC	167	33,0	7,0		
Cuidados de saúde	ESAC	152	34,2	7,2	5,5	<0,001
	ESEC	312	33,5	7,8		
	ESTeSC	232	36,0	7,8		
	ESTGOH	42	31,3	7,2		
	ISCAC	312	33,3	7,4		
	ISEC	167	34,1	7,3		
Prevenção da doença	ESAC	150	33,0	8,6	6,0	<0,001
	ESEC	304	32,3	8,9		
	ESTeSC	235	35,0	8,0		
	ESTGOH	41	29,1	8,9		
	ISCAC	320	31,9	8,2		
	ISEC	165	32,1	8,5		
Promoção da saúde	ESAC	140	33,3	8,7	5,5	<0,001
	ESEC	299	33,6	9,0		
	ESTeSC	225	35,9	9,3		
	ESTGOH	42	29,6	7,1		
	ISCAC	302	33,2	9,3		
	ISEC	163	32,3	8,7		

Tabela 10: Relação entre os níveis de literacia em saúde e as escolas do IPC (teste de comparação de médias ANOVA). Legenda: DP – Desvio padrão.

Considerando os dados obtidos no teste de comparações múltiplas, verificou-se que para o índice global de literacia em saúde existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre a ESTeSC e as restantes escolas do IPC, à exceção da ESAC que não revelou diferenças estatisticamente significativas quando comparada com a ESTeSC ( $p = 0,216$ ). Para o índice global, as restantes comparações múltiplas entre escolas, não revelaram diferenças estatisticamente significativas, apenas as comparações com a escola de saúde obtiveram resultados estatisticamente significativos. A aplicação do teste estatístico ANOVA permitiu a identificação de 3 grupos de escolas. No grupo dos piores resultados encontra-se a ESTGOH, no grupo de resultados intermédios encontram-se o ISCAC e o ISEC e no grupo dos melhores resultados estão a ESEC, ESAC e ESTeSC.

No índice de literacia em saúde de cuidados de saúde, os resultados seguiram a mesma tendência, onde as comparações múltiplas com a ESTeSC revelaram diferenças



estatisticamente significativas quando comparada com a ESEC, ESTGOH e ISCAC. Neste subdomínio, apenas a ESAC e o ISEC não revelaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados com a escola de saúde. Neste índice a ESTGOH ficou no grupo de piores resultados, e a ESTeSC no grupo com melhores resultados, ficando as restantes escolas no grupo intermédio.

No índice de prevenção da doença, o cenário manteve-se, com a ESTeSC a apresentar sempre melhores resultados quando comparada com outras escolas. Neste caso, a diferença foi estatisticamente significativa quando comparada com a ESEC, ESTGOH, ISCAC e ISEC, à semelhança do índice global. De acordo com os resultados obtidos neste índice, a ESTGOH encontra-se no grupo dos piores resultados, o ISCAC, ISEC E ESEC no grupo de resultados intermédios e a ESAC e ESTeSC estão no grupo com melhores resultados.

Por fim, no índice de promoção da saúde, a situação volta a repetir-se com a ESTeSC a apresentar resultados significativamente melhores em relação à ESTGOH, ISCAC e ISEC. À semelhança do índice de prevenção de doença, para o índice de promoção da saúde a ESTGOH ficou no grupo com piores resultados, o ISEC, ISCAC e ESAC no grupo de resultados intermédios e a ESEC e a ESTeSC no grupo com melhores resultados.

Em suma, os resultados revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de literacia em saúde entre escolas, sendo que a ESTeSC (escola de saúde) revelou níveis de literacia em saúde superiores em todos os índices e com relevância estatística quando comparada com outras escolas.

#### 6.5.1. Estudantes

Neste subcapítulo faremos uma abordagem estatística apenas para o grupo de estudantes (n=1031).

- **Hipótese 3: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com o contexto familiar, na vertente educativa de base.**

Na tentativa de avaliar se existe relação entre a vertente educativa familiar e os níveis de literacia em saúde, foi questionado ao grupo de estudantes qual a escolaridade dos pais e

se algum dos pais é profissional de saúde. Para a variável “escolaridade dos pais”, procedeu-se ao teste t de comparação de médias e os resultados constam da tabela 11.

Literacia em saúde	Escolaridade dos pais	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Ensino Secundário ou inferior	449	32,7	6,7	1,1	0,291
	Ensino Superior	164	33,9	7,2		
Cuidados de saúde	Ensino Secundário ou inferior	436	33,3	6,7	4,7	<0,05
	Ensino Superior	159	34,3	7,6		
Prevenção da doença	Ensino Secundário ou inferior	445	32,0	8,4	0,1	0,709
	Ensino Superior	162	33,5	8,5		
Promoção da saúde	Ensino Secundário ou inferior	426	32,6	8,5	1,1	0,285
	Ensino Superior	160	34,1	9,4		

Tabela 11: Relação entre os níveis de literacia em saúde e a escolaridade dos pais (teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

Verifica-se que os estudantes cujos pais frequentaram o ensino superior, apresentaram níveis de literacia em saúde de cuidados de saúde, significativamente mais elevados, quando comparados com os estudantes cujo grau de escolaridade dos pais é o ensino secundário ou inferior. Para os restantes índices de literacia em saúde, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, no entanto, em todos eles, os índices de literacia em saúde foram superiores nos estudantes cujos pais frequentaram o ensino superior.

Para além da escolaridade dos pais, importa perceber se o facto dos pais serem profissionais de saúde, tem ou não relação com os níveis de literacia em saúde dos estudantes.

Literacia em saúde	Pais profissionais de saúde	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Sim	64	34,4	7,3	0,5	0,471
	Não	549	32,9	6,8		
Cuidados de saúde	Sim	63	34,7	7,6	2,5	0,112
	Não	532	33,4	6,8		

Tabela 12: Relação entre os níveis de literacia em saúde e a profissão dos pais na área da saúde (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

Literacia em saúde	Pais profissionais de saúde	N	Média	DP	F	Significância
Prevenção da doença	Sim	63	33,4	8,8	0,04	0,844
	Não	544	32,3	8,4		
Promoção da saúde	Sim	62	35,1	8,4	0,02	0,881
	Não	524	32,7	8,8		

Tabela 12: Relação entre os níveis de literacia em saúde e a profissão dos pais na área da saúde (continuação) (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

Apesar de em todos os domínios de literacia em saúde, os índices se apresentarem superiores nos alunos cujos pais são profissionais de saúde, a diferença de médias não revelou ser estatisticamente significativa. Assim, não existe relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e o facto dos seus pais serem profissionais de saúde.

Em suma, o contexto familiar na vertente educativa, parece contribuir para o aumento dos níveis de literacia em saúde dos estudantes, no entanto os resultados foram estatisticamente significativos apenas no domínio dos cuidados de saúde para a escolaridade dos pais.

➤ **Hipótese 4: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com as áreas de estudo (área de saúde e outras áreas).**

Tal como já foi referido, importa perceber se os níveis de literacia em saúde se relacionam com as áreas de estudo nas diferentes escolas do IPC. Neste caso, e à semelhança da hipótese 2 vamos assumir a área da saúde e outras áreas. Sabendo que a ESTeSC é a única escola da área da saúde do IPC, faremos agora uma análise dos índices de literacia em saúde dos estudantes, em cada escola e a comparação de médias entre elas.

Literacia em saúde	Escola do IPC	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	ESAC	115	32,9	6,6	5,8	<0,001
	ESEC	263	32,9	6,9		
	ESTeSC	184	35,0	7,0		
	ESTGOH	30	29,1	7,0		
	ISCAC	275	32,3	6,4		
	ISEC	126	32,6	7,1		

Tabela 13: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e as escolas do IPC (teste de comparação de médias ANOVA). Legenda: DP – Desvio padrão.

Literacia em saúde	Escola do IPC	N	Média	DP	F	Significância
Cuidados de saúde	ESAC	115	33,4	6,6	4,0	<0,05
	ESEC	267	33,1	7,1		
	ESTeSC	177	35,3	7,4		
	ESTGOH	30	30,1	6,8		
	ISCAC	265	32,9	7,0		
	ISEC	125	33,6	7,1		
Prevenção da doença	ESAC	114	32,4	8,4	4,6	<0,001
	ESEC	261	32,2	8,4		
	ESTeSC	182	34,3	7,8		
	ESTGOH	29	27,9	9,8		
	ISCAC	272	31,4	8,0		
	ISEC	125	31,8	8,8		
Promoção da saúde	ESAC	107	32,6	8,6	3,9	<0,05
	ESEC	256	33,3	8,4		
	ESTeSC	170	35,1	9,4		
	ESTGOH	30	28,9	8,0		
	ISCAC	255	32,5	9,2		
	ISEC	126	32,0	8,7		

Tabela 13: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e as escolas do IPC (continuação) (teste de comparação de médias ANOVA). Legenda: DP – Desvio padrão

Atendendo aos dados apresentados na tabela 13 verifica-se que para todos os índices de literacia em saúde dos estudantes, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre escolas. Os estudantes da ESTeSC apresentaram os melhores resultados comparando com as restantes escolas.

No teste de comparações múltiplas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a ESTeSC e a ESTGOH ( $p < 0,05$ ) e entre a ESTeSC e o ISCAC ( $p < 0,05$ ), para o índice global, prevenção da doença e cuidados de saúde. No índice de literacia em saúde de promoção da saúde, observou-se uma diferença estatisticamente significativa apenas entre os estudantes da ESTeSC e da ESTGOH ( $p < 0,05$ ).

No índice de promoção da saúde e de cuidados de saúde a ESTGOH integra o grupo com piores resultados, o ISCAC, ESEC e ESAC integram o grupo com resultados intermédios e a ISEC e a ESTeSC o grupo com melhores resultados de literacia em saúde nos estudantes. No índice de prevenção da doença, a ESEC passou a integrar também o grupo de melhores resultados. No índice global a distribuição revelou que a pior escola é a ESTGOH, seguida

do ISCAC com resultados intermédios e as restantes escolas a integrar o grupo de melhores resultados.

Para além da identificação da escola, no bloco de perguntas destinadas ao grupo de estudantes, constava a seguinte questão: “Completo um curso de saúde anteriormente?”, com a possibilidade de resposta “sim” e “não”. A aplicação do teste estatístico de comparação de médias para amostras independentes (teste t), permitiu averiguar se existe ou não diferença de médias nos índices de literacia em saúde entre os estudantes que completaram um curso de saúde anteriormente e os que não completaram um curso de saúde anteriormente.

Literacia em saúde	Completo um curso de saúde anteriormente	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Sim	39	36,7	8,4	0,9	0,320
	Não	574	32,8	6,6		
Cuidados de saúde	Sim	39	36,3	7,7	0,03	0,868
	Não	556	33,3	6,8		
Prevenção da doença	Sim	39	35,9	9,9	0,5	0,493
	Não	568	32,2	8,3		
Promoção da saúde	Sim	36	37,8	11	6,3	<0,05
	Não	550	32,7	8,5		

Tabela 14: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e a conclusão de um curso de saúde (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

Não foram reveladas diferenças estatisticamente significativas no índice global e nos domínios de cuidados de saúde e prevenção de doença, entre os estudantes que completaram um curso de saúde anteriormente e os que não completaram um curso de saúde. Apenas no domínio de promoção da saúde, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que completaram um curso de saúde anteriormente e os estudantes que não completaram um curso de saúde anteriormente, sendo que os estudantes que completaram um curso de saúde anteriormente, apresentaram índices de literacia em saúde significativamente superiores.

➤ **Hipótese 5: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com a situação socioeconómica.**

Na tentativa de relacionar a situação socioeconómica com os níveis de literacia em saúde dos estudantes, o questionário apresentava uma pergunta sobre a disponibilidade financeira para os gastos do dia-a-dia. Na tabela é possível verificar as possibilidades de resposta e os índices de literacia em saúde médios calculados para cada uma delas. A aplicação do teste de comparação de médias ANOVA, revelou que as diferenças de médias foram estatisticamente significativas, entre as possibilidades de resposta, com uma significância inferior a 0,001, para todos os índices de literacia em saúde. Na tabela é possível verificar que os níveis de literacia em saúde mais elevados pertencem aos indivíduos que têm menos esforço financeiro nos gastos do seu quotidiano.

Literacia em saúde	Dinheiro à disposição é suficiente?	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Nunca ou raramente	128	29,3	7,8	44,0	<0,001
	Às vezes	197	30,7	6,4		
	Quase sempre ou sempre	653	34,3	6,5		
Cuidados de saúde	Nunca ou raramente	126	30,2	7,9	31,0	<0,001
	Às vezes	195	31,4	6,9		
	Quase sempre ou sempre	645	34,6	6,8		
Prevenção da doença	Nunca ou raramente	126	28,1	10,1	34,8	<0,001
	Às vezes	195	29,7	7,5		
	Quase sempre ou sempre	647	33,7	8,0		
Promoção da saúde	Nunca ou raramente	125	29,4	10,0	24,9	<0,001
	Às vezes	183	30,5	8,9		
	Quase sempre ou sempre	622	34,4	8,5		

Tabela 15: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e a situação socioeconómica (teste de comparação de médias ANOVA). Legenda: DP – Desvio padrão.

No teste de comparações múltiplas verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que têm quase sempre ou sempre dinheiro suficiente e os estudantes que têm nunca ou raramente e às vezes. Este facto é válido para todos os índices de literacia em saúde. Não foram reveladas diferenças significativas nos níveis de literacia em saúde entre estudantes que têm nunca ou raramente dinheiro suficiente e os estudantes que o têm às vezes.

Deste modo, podemos concluir que os níveis de literacia em saúde estão relacionados com a situação socioeconómica do estudante.

➤ **Hipótese 6: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com as características demográficas (sexo e idade).**

Tentando agora compreender a relação entre os níveis de literacia em saúde e o sexo (feminino/masculino) dos estudantes, aplicou-se o teste t para amostras independentes. Na tabela 16, é possível apurar os índices médios de literacia em saúde por sexo, e a significância estatística encontrada pela aplicação do teste t.

Literacia em saúde	Sexo	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Feminino	715	32,8	6,9	0,0	0,981
	Masculino	281	33,2	7,0		
Cuidados de saúde	Feminino	708	33,2	7,2	0,1	0,734
	Masculino	274	34,0	7,1		
Prevenção da doença	Feminino	711	32,1	8,4	0,1	0,740
	Masculino	275	32,3	8,7		
Promoção da saúde	Feminino	680	33,1	9,0	0,5	0,495
	Masculino	267	32,7	9,2		

Tabela 16: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e o sexo (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

Observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de literacia em saúde dos estudantes do sexo feminino e masculino.

Relativamente à variável “idade”, importa perceber se esta influencia os níveis de literacia em saúde. Assim, e atendendo ao mínimo (17 anos) e máximo (69 anos) de idades dos inquiridos, estabelecemos grupos etários para facilitar a análise estatística. Cruzando os

grupos etários com as quatro categorias correspondentes aos níveis de literacia em saúde, realizou-se o teste de independência Qui Quadrado de Pearson.

Literacia em saúde		Idade < 35		35 ≤ idade < 50		Idade ≥ 50		X <sup>2</sup>	Significância
		N	%	N	%	N	%		
<b>Índice global</b>	Inadequada	126	88,1%	12	8,4%	5	3,5%	8,4	0,211
	Problemática	323	83,9%	44	11,4%	18	4,7%		
	Suficiente	339	83,7%	48	11,9%	18	4,4%		
	Excelente	76	77,6%	12	12,2%	10	10,2%		
<b>Cuidados de saúde</b>	Inadequada	128	85,3%	11	7,3%	11	7,3%	14,6	<0,05
	Problemática	271	86%	34	10,8%	10	3,2%		
	Suficiente	372	83,8%	54	12,2%	18	4,1%		
	Excelente	93	76,2%	17	13,9%	12	9,8%		
<b>Prevenção da doença</b>	Inadequada	197	86,8%	22	9,7%	8	3,5%	6,4	0,383
	Problemática	223	85,1%	26	9,9%	13	5%		
	Suficiente	349	83,1%	51	12,1%	20	4,8%		
	Excelente	95	77,9%	17	13,9%	10	8,2%		
<b>Promoção da saúde</b>	Inadequada	175	89,3%	16	8,2%	5	2,6%	13,8	<0,05
	Problemática	216	86,4%	21	8,4%	13	5,2%		
	Suficiente	375	81,9%	61	13,3%	22	4,8%		
	Excelente	98	77,2%	18	14,2%	11	8,7%		

Tabela 17: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e a idade (Teste Qui Quadrado de Pearson).

Analisando os dados da tabela 17, verifica-se que as variáveis são dependentes no índice de literacia em saúde de cuidados de saúde e promoção da saúde. Deste modo, foi possível verificar que os níveis de literacia em saúde de cuidados de saúde e de promoção da saúde, dependem da idade. Na faixa etária inferior a 35 anos, a percentagem de resposta mais alta correspondeu aos níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos. Nas idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos, a percentagem mais elevada correspondeu aos níveis de literacia em saúde suficiente ou excelente. Na faixa etária superior ou igual a 50 anos, existiu uma maior percentagem de estudantes com níveis excelentes de literacia em saúde. Este achado foi estatisticamente significativo para o índice de cuidados de saúde e promoção da saúde, no entanto a tendência foi observada nos outros índices, demonstrando que com o avançar da idade, os níveis de literacia em saúde dos estudantes tendem a aumentar.



➤ **Hipótese 7: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com o estado de saúde.**

Por forma a avaliar o estado de saúde dos inquiridos, o questionário continha uma pergunta sobre a existência de doença crónica. Pretende-se compreender se a presença de doença crónica nos estudantes, tem ou não relação com os seus níveis de literacia em saúde.

Literacia em saúde	Presença de doença crónica	N	Média	DP	F	Significância
<b>Índice global</b>	Sim	223	33,6	6,8	0,2	0,626
	Não	773	32,7	7,0		
<b>Cuidados de saúde</b>	Sim	223	34,1	7,2	1,7	0,191
	Não	759	33,2	7,2		
<b>Prevenção da doença</b>	Sim	218	33,2	7,9	1,7	0,197
	Não	768	31,9	8,6		
<b>Promoção da saúde</b>	Sim	219	33,2	8,5	1,1	0,303
	Não	728	32,9	9,2		

*Tabela 18: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e a presença de doença crónica (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.*

Atendendo aos resultados obtidos (tabela 18), a presença de doença crónica não mostrou relação com os níveis de literacia em saúde dos estudantes, em todos os índices.

➤ **Hipótese 8: Os níveis de literacia em saúde dos estudantes estão relacionados com os níveis de estudo.**

Por forma a compreender a relação entre os níveis de literacia em saúde e os níveis de estudo, foi questionado aos estudantes o nível de estudos que frequentava e se era finalista. A aplicação do teste ANOVA revelou que o nível de estudos frequentado pelos estudantes não está relacionado com os níveis de literacia em saúde dos mesmos.

Literacia em saúde	Nível de estudos que frequenta	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Licenciatura	456	32,8	6,7	0,7	0,475
	Pós-Graduação	14	34,3	10,0		
	Mestrado	137	33,5	6,7		
Cuidados de saúde	Licenciatura	440	33,4	6,8	0,1	0,893
	Pós-Graduação	14	33,7	8,3		
	Mestrado	135	33,7	7,0		
Prevenção da doença	Licenciatura	453	32,1	8,5	1,1	0,325
	Pós-Graduação	14	34,8	11,5		
	Mestrado	135	33,0	7,9		
Promoção da saúde	Licenciatura	431	32,7	8,4	1,0	0,357
	Pós-Graduação	14	34,8	12,7		
	Mestrado	135	33,7	9,2		

Tabela 19: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos estudantes e o nível de estudos que o estudante frequenta (teste de comparação de médias ANOVA). Legenda: DP – Desvio padrão.

O facto de o estudante ser finalista, também não mostrou relação com os níveis de literacia em saúde para todos os índices.

Literacia em saúde	Finalista	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Sim	240	33,1	6,6	2,3	0,134
	Não	372	32,9	7,0		
Cuidados de saúde	Sim	231	33,7	6,6	1,3	0,253
	Não	363	33,4	7,1		
Prevenção da doença	Sim	238	32,6	8,0	1,6	0,200
	Não	368	32,3	8,7		
Promoção da saúde	Sim	224	32,9	8,7	0,6	0,428
	Não	361	33,0	8,8		

Tabela 20: Relação entre os níveis de literacia em saúde do estudante e o facto do estudante ser finalista (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

### 6.5.2. Docentes

- **Hipótese 9: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com a área profissional (área de saúde e outras áreas).**

No bloco de perguntas aplicado aos docentes, constavam duas perguntas relacionadas com a área de estudo: “Exclusividade relacionada com a área da saúde?” e “É profissional de saúde?”, ambas com possibilidade de resposta “sim” e “não”. Neste caso, o teste estatístico

incluiu apenas a população docente (N=246). Os resultados obtidos constam da tabela 21 e 22.

Literacia em saúde	Exclusividade na saúde	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Sim	32	37,3	7,5	0,03	0,867
	Não	122	35,0	7,5		
Cuidados de saúde	Sim	32	37,4	7,8	0,01	0,915
	Não	124	35,8	8,5		
Prevenção da doença	Sim	30	36,6	8,4	0,002	0,968
	Não	120	33,7	8,4		
Promoção da saúde	Sim	32	38,2	8,7	0,02	0,896
	Não	116	35,0	8,6		

Tabela 21: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e a exclusividade relacionada com a área da saúde (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

De acordo com os dados apresentados na tabela 21, não foram reveladas diferenças estatisticamente significativas dos níveis de literacia em saúde, entre os docentes com exclusividade na área da saúde e os restantes.

Literacia em saúde	Profissional de saúde	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Sim	30	37,3	7,4	0,004	0,953
	Não	124	35,0	7,5		
Cuidados de saúde	Sim	30	37,5	7,6	0,2	0,694
	Não	126	35,8	8,5		
Prevenção da doença	Sim	28	36,5	8,6	0,09	0,770
	Não	122	33,7	8,4		
Promoção da saúde	Sim	30	38,2	8,4	0,09	0,771
	Não	118	35,0	8,7		

Tabela 22: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e ser profissional de saúde (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

Analisando os resultados da tabela 22, observa-se que os níveis médios de literacia em saúde dos docentes são superiores para aqueles que são profissionais de saúde. No entanto essa diferença de médias não revelou ser estatisticamente significativa para nenhum índice de literacia em saúde.

Deste modo, podemos concluir que não existe relação entre a profissão relacionada com a saúde e os níveis de literacia em saúde dos docentes.

➤ **Hipótese 10: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com a situação socioeconómica.**

A resposta à pergunta “o dinheiro que tem à disposição é suficiente para os seus gastos de alimentação, habitação, educação e saúde?” permitiu esclarecer a situação financeira dos docentes e compará-la com os índices de literacia em saúde. Na tabela 23 constam os resultados obtidos através da aplicação do teste de comparação de médias ANOVA.

Literacia em saúde	Dinheiro à disposição é suficiente?	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Nunca ou raramente	5	21,9	21,9	8,7	<0,001
	Às vezes	18	33,1	7,3		
	Quase sempre ou sempre	216	36,1	7,6		
Cuidados de saúde	Nunca ou raramente	5	23,3	22,4	6,4	<0,05
	Às vezes	18	34,8	8,3		
	Quase sempre ou sempre	217	36,7	8,3		
Prevenção da doença	Nunca ou raramente	5	20,7	22,3	6,4	<0,05
	Às vezes	17	33,6	6,8		
	Quase sempre ou sempre	212	34,9	8,6		
Promoção da saúde	Nunca ou raramente	5	20,8	22,4	9,1	<0,001
	Às vezes	17	31,6	9,8		
	Quase sempre ou sempre	207	36,5	8,6		

*Tabela 23: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e a situação socioeconómica (teste de comparação de médias ANOVA). Legenda: DP – Desvio padrão.*

Os dados revelaram que os docentes com menor esforço financeiro apresentaram níveis de literacia em saúde superiores, comparativamente aos que têm menos dinheiro à disposição para os gastos do dia-a-dia. No teste de comparações múltiplas verificou-se que os docentes que têm sempre ou quase sempre dinheiro suficiente, apresentaram

diferenças estatisticamente significativas quando comparados com os docentes que raramente ou nunca o têm. Este facto é válido para todos os índices.

Assim, a situação socioeconómica mostrou ter relação com os níveis de literacia em saúde dos docentes, em todos os índices.

➤ **Hipótese 11: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com as características demográficas (sexo e idade).**

Na tentativa de perceber se existe relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e o sexo, procedeu-se à aplicação do teste t para amostras independentes. Os resultados constam da tabela 24.

Literacia em saúde	Sexo	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Feminino	144	35,7	8,1	0,8	0,372
	Masculino	97	35,4	8,4		
Cuidados de saúde	Feminino	145	36,2	8,4	2,4	0,120
	Masculino	97	36,3	9,6		
Prevenção da doença	Feminino	140	34,5	9,1	0,3	0,612
	Masculino	96	34,5	9,1		
Promoção da saúde	Feminino	139	36,0	9,3	0,2	0,681
	Masculino	92	35,3	9,5		

Tabela 24: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e o sexo (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

Os resultados revelaram que não existe relação entre o sexo e os níveis de literacia em saúde dos docentes, em todos os índices.

Para esclarecer a influencia da idade nos níveis de literacia em saúde dos docentes, foi aplicado o teste Qui Quadrado de Pearson, cujos resultados constam da tabela 25.

Literacia em saúde		Idade < 35		35 ≤ idade < 50		Idade ≥ 50		X <sup>2</sup>	Significância
		N	%	N	%	N	%		
Índice global	Inadequada	1	5,3%	8	42,1%	10	52,6%	3,6	0,737
	Problemática	7	10,9%	21	32,8%	36	56,3%		
	Suficiente	8	7,2%	35	31,5%	68	61,3%		
	Excelente	2	4,1%	20	40,8%	27	55,1%		

Tabela 25: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e a idade (Teste Qui Quadrado de Pearson).

Literacia em saúde		Idade < 35		35 ≤ idade < 50		Idade ≥ 50		X <sup>2</sup>	Significância
		N	%	N	%	N	%		
<b>Cuidados de saúde</b>	Inadequada	4	17,4%	6	26,1%	13	56,5%	6,2	0,403
	Problemática	5	9,6%	17	32,7%	30	57,7%		
	Suficiente	7	6,9%	35	34,3%	60	58,8%		
	Excelente	2	3%	26	39,4%	38	57,6%		
<b>Prevenção da doença</b>	Inadequada	1	2,9%	10	28,6%	24	68,6%	4,5	0,615
	Problemática	5	8,9%	21	37,5%	30	53,6%		
	Suficiente	10	9,5%	34	32,4%	61	58,1%		
	Excelente	2	4,3%	19	40,4%	26	55,3%		
<b>Promoção da saúde</b>	Inadequada	2	6,9%	10	34,5%	17	58,6%	2,8	0,834
	Problemática	4	10,3%	11	28,2%	24	61,5%		
	Suficiente	10	8%	42	33,6%	73	58,4%		
	Excelente	2	4%	21	42%	27	54%		

Tabela 25: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e a idade (continuação) (Teste Qui Quadrado de Pearson).

Não foram reveladas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de literacia em saúde dos docentes nas diferentes faixas etárias. Este facto é válido quer para o índice de literacia em saúde global, quer para os restantes domínios.

Em suma, os níveis de literacia em saúde dos docentes não mostraram ser dependentes das características demográficas sexo e idade.

- **Hipótese 12: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com o estado de saúde.**

No questionário, constava uma pergunta sobre a presença de doença crónica de resposta “sim” ou “não”. As respostas permitiram associar os níveis de literacia em saúde dos docentes com o seu estado de saúde.

Literacia em saúde	Presença de doença crónica	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Sim	97	35,9	9,0	0,9	0,338
	Não	144	35,3	7,7		
Cuidados de saúde	Sim	98	37,3	9,9	1,9	0,165
	Não	144	35,5	8,2		
Prevenção da doença	Sim	95	34,3	9,5	0,3	0,608
	Não	141	34,7	8,8		
Promoção da saúde	Sim	93	35,2	9,7	0,01	0,913
	Não	138	36,1	9,2		

Tabela 26: Relação entre os níveis de literacia em saúde dos docentes e a presença de doença crónica (Teste t para amostras independentes). Legenda: DP – Desvio padrão.

Verificou-se que em todos os índices de literacia em saúde, não existiu relação estatisticamente significativa entre a presença de doença crónica e os níveis de literacia em saúde dos docentes.

➤ **Hipótese 13: Os níveis de literacia em saúde dos docentes estão relacionados com os níveis de escolaridade.**

Relativamente aos docentes, pretendeu-se compreender se o nível de escolaridade estaria ou não relacionado com os níveis de literacia em saúde. Na tabela 27 é possível verificar que para o índice de literacia em saúde de cuidados de saúde, o nível de escolaridade dos docentes mostrou ter relação com os níveis de literacia em saúde.

Literacia em saúde	Nível de escolaridade	N	Média	DP	F	Significância
Índice global	Licenciatura	20	38,0	5,5	2,1	0,123
	Mestrado	41	33,9	7,9		
	Doutoramento	91	35,3	7,4		
Cuidados de saúde	Licenciatura	20	40,3	6,9	4,9	<0,05
	Mestrado	40	33,4	9,0		
	Doutoramento	93	36,1	7,9		
Prevenção da doença	Licenciatura	20	37,1	6,4	1,6	0,197
	Mestrado	39	33,0	8,1		
	Doutoramento	89	33,9	8,9		
Promoção da saúde	Licenciatura	19	36,8	6,8	0,3	0,707
	Mestrado	41	35,5	8,6		
	Doutoramento	86	35,0	8,9		

Tabela 27: Relação entre os níveis de literacia em saúde e a escolaridade dos docentes (teste de comparação de médias ANOVA). Legenda: DP – Desvio padrão.

Os docentes com nível de escolaridade de licenciatura apresentaram os índices de literacia em saúde mais elevados no índice dos cuidados de saúde, seguidos dos docentes com doutoramento. Neste caso, para os restantes índices não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. No teste de comparações múltiplas, observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os docentes com nível de escolaridade de licenciatura e os docentes com mestrado, para o índice de cuidados de saúde.

O nível de escolaridade dos docentes mostrou ter relação com os níveis de literacia em saúde no domínio dos cuidados de saúde.



## 7. Síntese dos resultados

- ✓ Para a totalidade da amostra, o índice médio de literacia em saúde global e de prevenção da doença corresponderam ao nível problemático de literacia em saúde. Nos domínios de promoção da saúde e cuidados de saúde, o índice médio de literacia em saúde para a amostra total foi suficiente.
- ✓ Os estudantes apresentaram para todos os índices de literacia em saúde, resultados piores comparativamente aos docentes. No entanto, a diferença só foi estatisticamente significativa no índice global e de cuidados de saúde.
- ✓ A escola da área da saúde foi aquela que obteve os índices de literacia em saúde mais altos, para todos os domínios.
- ✓ As escolas do IPC apresentaram índices de literacia em saúde correspondentes a níveis problemáticos ou suficientes.
- ✓ Os índices de literacia em saúde mostraram relação estatisticamente significativa com as áreas de estudo nas diferentes escolas do IPC.

### **Estudantes:**

- ✓ A escolaridade dos pais, mostrou estar relacionada com os níveis de literacia em saúde dos estudantes, no domínio dos cuidados de saúde. Estudantes cujos pais apresentavam níveis de escolaridade mais elevados, revelaram níveis de literacia em saúde de cuidados de saúde mais altos.
- ✓ Ter pais profissionais de saúde, não mostrou estar relacionado com os níveis de literacia em saúde dos estudantes.
- ✓ Os estudantes das áreas de saúde revelaram índices de literacia em saúde superiores, quando comparados com estudantes de outras áreas.
- ✓ Os estudantes que completaram um curso de saúde anteriormente apresentaram níveis de literacia em saúde superiores, no domínio da promoção da saúde.
- ✓ Os níveis de literacia em saúde dos estudantes mostraram relação com a situação socioeconómica. Os estudantes com menor esforço financeiro revelaram níveis de literacia em saúde mais altos.
- ✓ O sexo não mostrou relação com os níveis de literacia em saúde dos estudantes.

- ✓ A idade mostrou estar relacionada com os níveis de literacia em saúde dos estudantes no domínio dos cuidados de saúde e promoção da saúde. Os estudantes mais velhos, apresentaram melhores níveis de literacia em saúde nestes domínios.
- ✓ A presença de doença crónica não revelou relação com os níveis de literacia em saúde dos estudantes.
- ✓ Os níveis de literacia em saúde dos estudantes, não mostraram relação com os níveis de estudo.

**Docentes:**

- ✓ Os níveis de literacia em saúde dos docentes não se relacionaram com a área profissional.
- ✓ A situação socioeconómica mostrou ter relação com os níveis de literacia em saúde dos docentes. Os docentes com menor esforço financeiro revelaram níveis superiores de literacia em saúde.
- ✓ O nível de literacia em saúde dos docentes não mostrou relação com o sexo ou com a idade.
- ✓ A presença de doença crónica não mostrou relação com os níveis de literacia em saúde dos docentes.
- ✓ O nível de escolaridade dos docentes mostrou relação com os níveis de literacia em saúde, no domínio dos cuidados de saúde. Docentes com licenciatura apresentaram níveis superiores de literacia em saúde comparativamente aos docentes com mestrado.

## 8. Discussão

Os resultados obtidos empiricamente nesta investigação serão neste capítulo analisados, considerando os dados disponíveis noutras investigações, na tentativa de compreender a sua causalidade e verificar se se mantém em linha com os mesmos.

No enquadramento teórico apresentado nos capítulos anteriores, verificamos que o conceito de literacia em saúde, não é linear e estático, mas sim dinâmico e complexo e que é determinado por fatores individuais e ambientais. Assim, os níveis de literacia em saúde de um indivíduo dependem da sua componente individual, como a motivação, capacidade de aprendizagem e curiosidade, mas também de fatores externos ao indivíduo, tais como fatores sociodemográficos, educacionais, culturais e socioeconómicos. A presente investigação foi aplicada de acordo com esta premissa, e por isso, o questionário aplicado à comunidade do IPC abordava as principais determinantes de literacia em saúde, possibilitando a formulação de hipóteses de estudo nesse sentido.

Em primeiro lugar apresentámos os níveis de literacia em saúde da comunidade do IPC (subcapítulo 6.4). Os resultados revelaram níveis de literacia em saúde global inadequados ou problemáticos, em 48% da comunidade do IPC. Esta percentagem encontra-se em linha com as investigações aplicadas anteriormente em comunidades do ensino superior. Um estudo aplicado na Universidade de Coimbra revelou que 41,4% dos estudantes, docentes ou investigadores apresentavam níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos (Santos, 2021). Esta investigação citada, também realizada na cidade de Coimbra e com recurso à aplicação do HLS-EU-Q16, revelou níveis de literacia em saúde global semelhantes à nossa investigação, sendo que foi também no índice de prevenção de doença que se revelaram os piores resultados. Os dados são concordantes na sua generalidade, e revelam níveis de literacia em saúde deficientes para as comunidades do ensino superior, na cidade de Coimbra, em particular. Torna-se evidente a necessidade de intervenção nestas escolas e a continuação de investigações que permitam identificar as lacunas e ajustar as medidas de intervenção.

Quando separamos a amostra em docentes e estudantes, verificamos que o grupo de estudantes apresenta níveis de literacia em saúde manifestamente inferiores comparando com o grupo de docentes. Esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa no índice global e no domínio dos cuidados de saúde. No índice de literacia em saúde global,

a maioria dos estudantes (51,2%) revelou níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde, contra 34,1% de docentes nos mesmos níveis. Num estudo desencadeado nos estudantes universitários da Beira Interior, 60,5% dos participantes revelaram níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde global sendo o índice de promoção de saúde o que obteve os piores resultados (Almeida, 2016). Este estudo realizado na Universidade da Beira Interior, teve como participantes apenas os estudantes, não incluindo a restante comunidade académica. Comparando com o estudo realizado na Universidade de Coimbra, onde toda a comunidade foi estudada, percebemos que os resultados obtidos no estudo aplicado aos estudantes da Beira Interior são consideravelmente piores. Para além disso, na investigação realizada na Universidade de Coimbra, também foi demonstrado que os docentes/investigadores apresentaram melhores níveis de literacia em saúde comparativamente ao grupo de estudantes (Santos, 2021). Este facto, revela que os nossos resultados estão em linha com as investigações até então realizadas, onde os estudantes revelam especial responsabilidade pelos piores resultados. Este facto pode dever-se a um maior nível de escolarização e necessário sucesso escolar dos docentes. A escolarização segundo a literatura, parece estar associada a melhores níveis de literacia em saúde, mas são também fatores individuais que a determinam, nomeadamente as aptidões pessoais de escrita, leitura, motivação, toda a componente cognitiva e social (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004). Neste caso em particular, os docentes estão em vantagem, já que o seu meio profissional e académico estimulam diariamente a procura, compreensão e partilha de informação nas diversas áreas de atuação, estando por isso mais propensos a contactar com informação sobre saúde.

A segunda hipótese de estudo aponta para uma determinante de literacia em saúde nos estudantes do ensino superior, que parece ser concordante na literatura. Pertencer a um curso da área da saúde/contactar com disciplinas de saúde durante a formação académica, determina melhores resultados nos níveis de literacia em saúde. Este facto é corroborado em vários estudos, no entanto é de salientar que para os estudantes destas áreas a percentagem de literacia em saúde insuficiente continua a ser elevada (Sukys, Cesnaitiene e Ossowsky, 2017; Mullan *et al.*, 2017). Os resultados mostram concordância com as premissas apresentadas. De facto, a escola do IPC da área da saúde (ESTeSC) destacou-se pela positiva quando comparada com as restantes escolas quer no índice global, quer nos

restantes índices. Este facto pode dever-se a uma maior proximidade com a temática da saúde, mas também a uma maior predisposição individual para procurar informação sobre saúde e naturalmente a uma maior aptidão para compreender a informação. O índice médio de literacia em saúde para a ESTeSC traduz-se em níveis suficientes de literacia em saúde, em todos os domínios. É de destacar que para nenhum domínio a escola de saúde obteve, em média, níveis excelentes de literacia em saúde. Pelo que mesmo nas escolas cujo principal tópico de trabalho se relaciona com a saúde, existem lacunas consideráveis nos níveis de literacia em saúde da sua população.

Faremos agora uma análise dos resultados das hipóteses de estudo aplicadas aos estudantes. A hipótese de estudo número três, pretendeu averiguar a relação entre a componente educativa familiar e os níveis de literacia em saúde dos estudantes. Na literatura está patente que a instrução dos pais tem impacto nos níveis de literacia em saúde dos filhos. Os filhos de pais com níveis de escolaridade mais elevados, tendem a apresentar níveis mais altos de literacia em saúde (Elsborg, Krossdal e Kayser, 2017; Zou *et al.*, 2018). Nos resultados apresentados, observa-se que em todos os índices de literacia em saúde, os estudantes cuja escolaridade dos pais era superior, apresentaram sempre índices de literacia em saúde mais elevados, comparativamente aos estudantes com pais cuja escolaridade era menor. Esta tendência observada, apenas se mostrou estatisticamente significativa no índice de cuidados de saúde. Este facto pode dever-se a uma maior consciencialização em saúde no seio familiar, onde os pais mais instruídos, apresentam níveis mais altos de literacia em saúde e, por isso, promovem o acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação sobre saúde, dos seus filhos. Nesta ordem de ideias, seria de esperar que os estudantes com pais profissionais de saúde, apresentassem níveis mais elevados de literacia em saúde, já que existiria uma maior proximidade com a temática da saúde e conseqüentemente uma estimulação natural para a aprendizagem. Contudo, os nossos resultados revelaram que apesar dos índices médios de literacia em saúde serem sempre superiores nos estudantes com pais profissionais de saúde, em nenhum dos índices a diferença foi estatisticamente significativa.

Tal como referido anteriormente, contactar com matérias de saúde no percurso académico tem um impacto positivo nos níveis de literacia em saúde. No caso particular do grupo de estudantes, esta premissa continua a ser corroborada. Os estudantes da escola de saúde

(ESTeSC) apresentaram para todos os índices, níveis de literacia em saúde mais elevados quando comparados com os estudantes das restantes escolas do IPC. Para além deste aspeto, os estudantes que completaram anteriormente um curso de saúde, apresentaram índices médios de literacia em saúde superiores, comparando com os estudantes que não concluíram um curso de saúde anteriormente, contudo, apenas no índice de promoção da saúde esta diferença foi estatisticamente significativa. Assim, atendendo à matriz dimensional da literacia em saúde de Sørensen *et al* (tabela 1), os alunos que estudam matérias de saúde, apresentam uma maior capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação em saúde nos cuidados de saúde, na prevenção da doença e na promoção da saúde. Os estudantes que completaram um curso de saúde anteriormente, apresentam a capacidade de acesso, compreensão e avaliação de informação sobre determinantes da saúde.

Outra determinante para a literacia em saúde, apontada na literatura, é a condição socioeconómica. Na hipótese de estudo cinco, tentou-se perceber de que forma esta condição determinaria os níveis de literacia em saúde dos estudantes. Os resultados foram unânimes em todos os índices. Os estudantes com melhores condições socioeconómicas, neste caso determinadas pela avaliação do dinheiro à disposição para as despesas básicas do quotidiano, revelaram níveis de literacia em saúde superiores quando comparados com os estudantes com maior esforço financeiro. Ter sempre ou quase sempre dinheiro à disposição para fazer face às despesas, determina positivamente os níveis de literacia em saúde dos estudantes. Na literatura também existe um consenso quanto a esta determinante, que aponta como possível explicação uma maior facilidade de acesso à educação e à tecnologia de informação por aqueles cuja situação económica é mais favorável (Kühn *et al.*, 2022; Vamos *et al.*, 2016; Zou *et al.*, 2018).

Quanto às características demográficas nomeadamente o sexo, a literatura não é consensual. Parece existir uma tendência positiva que favorece o sexo feminino, com níveis mais elevados de literacia em saúde. Contudo, nem todos os estudos apresentam resultados neste sentido, existindo também estudos que apresentam melhores resultados para o sexo masculino (Elsborg, Krossdal e Kayser, 2017; Kühn *et al.*, 2022; Rababah *et al.*, 2019; Vamos *et al.*, 2016). A nossa investigação, também não revelou relação estatisticamente significativa entre a variável sexo e a literacia em saúde dos estudantes.

O sexo, não determina os níveis de literacia em saúde dos estudantes, contudo quando estudada a variável idade, os resultados revelaram que para o índice de cuidados de saúde e para a promoção da saúde, os estudantes mais velhos tendem a apresentar uma percentagem de níveis suficientes e excelentes, superior, comparativamente aos mais novos. De facto, a literatura defende que neste grupo em particular, o avançar da idade reflete uma melhoria das capacidades de utilização dos sistemas de saúde, não só pelo conhecimento adquirido no meio académico, mas também pela própria procura e utilização de cuidados de saúde (Rababah *et al.*, 2019; Vamos *et al.*, 2016). Foi precisamente nos índices de cuidados de saúde e promoção da saúde, que os resultados foram significativos. Parece existir uma maior consciencialização da própria saúde e dos seus determinantes, levando a uma procura de cuidados de saúde que é muitas vezes iniciada de forma independente nesta etapa de vida.

As experiências relacionadas com saúde, segundo a literatura, também parecem estar relacionadas com os níveis de literacia em saúde, potenciando melhores resultados (Elsborg, Krossdal e Kayser, 2017). Na tentativa de explorar esta determinante, tentámos compreender de que forma a presença de doença crónica, associada naturalmente a uma maior frequência de acesso a cuidados de saúde e autocuidados, poderia estar relacionada com os níveis de literacia em saúde dos estudantes. Apesar de intuitivamente relacionarmos positivamente estas duas variáveis, nesta investigação as diferenças de médias dos índices de literacia em saúde, entre os estudantes com doenças crónicas e sem doenças crónicas, não foram estatisticamente significativas. É de salientar que a amostra revelou ser saudável com uma pontuação média de 0,9 no índice EQ-5D-5L. Apesar de existirem uma população com presença de doença crónica, esta não parece influenciar de forma profunda o dia-a-dia, já que o valor médio de utilidade se situa muito próximo de 1. Este aspeto pode indicar que apesar de existirem participantes com doença crónica, esta não tem expressão na qualidade de vida, o que pode significar que se tratam de doenças crónicas de gravidade ligeira que normalmente carecem de cuidados de saúde pontuais e de um seguimento mais espaçado no tempo. Para além disso, no grupo de estudantes, os índices de prevenção da doença e de cuidados de saúde, são aqueles que revelaram piores resultados, o que indica uma proximidade deficiente com os sistemas de saúde quer nos assuntos clínicos, quer na consciencialização dos fatores de risco. Assim, a presença de

doença crónica, neste grupo não mostrou relação com os níveis de literacia em saúde, já que parece existir uma deficiente proximidade com os serviços, sendo esta talvez restrita a episódios agudos de doença ou manifestações pontuais da doença crónica.

Também o nível de estudos, não mostrou relação com os níveis de literacia em saúde dos estudantes, ao contrário do que está descrito na literatura, que demonstra que os alunos com graus académicos superiores e em fim de curso, tendem a apresentar melhores níveis de literacia em saúde (Elsborg, Krossdal e Kayser, 2017; Rababah *et al.*, 2019; Zou *et al.*, 2018). No entanto, a nossa investigação revelou que frequentar licenciatura, pós-graduação ou mestrado e ser ou não finalista, não apresenta diferenças estatisticamente significativas em todos os índices. Estes resultados poderão dever-se à sobreposição de outras determinantes, nomeadamente a situação socioeconómica e as áreas de estudo, que parecem ser as principais responsáveis pelos altos níveis de literacia em saúde nos estudantes.

Analisando agora os resultados obtidos nas hipóteses de estudo aplicadas ao grupo de docentes. A primeira hipótese de estudo aplicada aos docentes relaciona-se com a área profissional. Ser profissional de saúde, ou trabalhar em exclusividade com esta área é tendencialmente um fator de melhoria dos níveis de literacia em saúde. De facto, nos resultados obtidos, observa-se que os docentes profissionais de saúde ou com exclusividade na área apresentam sempre níveis mais altos de literacia em saúde comparativamente aos docentes de outras áreas. No entanto, esta tendência não se mostrou estatisticamente significativa. Assim, para o grupo dos docentes, os níveis de literacia em saúde, em todos os índices não estão relacionados com a área de trabalho. Ao contrário dos estudantes, onde a área de estudo tem um forte impacto nos níveis de literacia em saúde. Este facto mostra que no caso dos docentes, existe uma homogeneidade mais acentuada nos níveis de literacia em saúde, onde os docentes de outras áreas que não a saúde, também apresentam níveis satisfatórios de literacia em saúde. Os docentes, pela maior capacidade de acesso a informação, pela sua componente individual, pela frequência de um meio académico diversificado e pelas aprendizagens adquiridas, tendem a apresentar níveis de literacia em saúde com discrepância menor, entre pares, facto que poderá explicar os resultados obtidos.



À semelhança dos estudantes, também para o grupo de docentes a situação socioeconómica revelou ser uma determinante capaz de interferir com os níveis de literacia em saúde. Os docentes com maior facilidade em pagar as despesas decorrentes do dia-a-dia, apresentam níveis de literacia em saúde superiores, em todos os índices. A literatura destaca que os indivíduos com dificuldades financeiras, tendem a frequentar menos os cuidados de saúde, factos que conduzem a níveis de literacia em saúde deficientes (Kickbusch, Wait e Maag, 2005). Os docentes com menor esforço financeiro tendem a aceder com maior frequência a cuidados de saúde e a investir mais no seu processo educativo.

As determinantes demográficas sexo e idade, não mostraram relação com os níveis de literacia em saúde dos docentes. Tal como já foi referido, o sexo não revela consenso na literatura e no caso dos docentes, os índices médios de literacia em saúde variam muito pouco entre o sexo feminino e o sexo masculino. Relativamente à idade, a literatura defende que o avançar da idade reflete uma diminuição das capacidades cognitivas e em consequência uma maior dificuldade em aceder e compreender a informação sobre saúde (Schillinger, 2020). No grupo dos docentes, não se verifica esta premissa. Trata-se de um grupo com capacidades cognitivas elevadas, adequadas à sua função e, talvez por isso, a idade não mostrou estar relacionada com os níveis de literacia em saúde deste grupo.

Quanto à presença de doença crónica, os resultados para o grupo de docentes foram semelhantes ao obtido nos estudantes. Ter doença crónica não mostrou relação significativa com os índices de literacia em saúde. Seria de esperar uma correlação positiva entre as duas variáveis, no entanto, a nossa investigação mostra o contrário. Os docentes com doença crónica, tendencialmente contactam com maior frequência com os cuidados de saúde e procuram informação sobre a sua doença, tratamentos e cuidados a adotar, no entanto este facto não molda a sua capacidade de acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação em saúde, já que os docentes sem doença crónica, obtiveram índices semelhantes. Estes resultados, apesar de não estarem concordantes com a literatura, parecem revelar uma tendência positiva na comunidade do IPC, onde as experiências em saúde não estão diretamente relacionadas com a capacidade de tomar decisões acertadas em saúde.

Por último, os níveis de escolaridade dos docentes foram também relacionados com os índices de literacia em saúde. A literatura defende que a educação tem um papel preponderante nos níveis de literacia em saúde, já que a escola possibilita a aquisição de ferramentas para a literacia. Assume-se que um grau de escolaridade elevado desencadeia uma maior capacidade de aceder, compreender, utilizar e avaliar as informações em saúde (UNESCO, 2005). No grupo dos docentes esta relação, à semelhança do que aconteceu com o grupo de estudantes, não foi estatisticamente significativa, à exceção do índice de cuidados de saúde. Para este índice, os docentes com o grau de escolaridade de licenciatura revelaram níveis de literacia em saúde mais elevados comparativamente aos docentes detentores de mestrado e doutoramento. Os docentes com grau de escolaridade correspondente a mestrado, revelaram os níveis de literacia de cuidados de saúde mais baixos.

No grupo de docentes, apenas a condição socioeconómica mostrou forte relação com os níveis de literacia em saúde. Para este grupo em particular talvez fosse interessante numa futura investigação, estudar outras variáveis que determinam os níveis de literacia em saúde e obter um grupo amostral maior. Seria, por exemplo, interessante estudar o contexto cultural, familiar e educativo de forma mais aprofundada neste grupo. Perguntas como a escolaridade dos pais, país de origem, país e cidade onde frequentou a escola, poderiam enriquecer a investigação deste grupo em particular. No grupo de estudantes em futuras investigações seria interessante associar os seus comportamentos de risco, a frequência de acesso a cuidados de saúde e o desempenho escolar, aos níveis de literacia em saúde.

De acordo com o relatório de atividades mais recente disponível no site de cada escola do IPC (à exceção do ISCAC, cujo relatório não foi possível obter), o número de alunos e docentes médio, por escola, ronda os 1745 estudantes e 122 docentes. A nossa amostra, que inclui seis escolas do IPC engloba um total de 1031 estudantes e 246 docentes. Podemos considerar que a nossa amostra equivale a uma escola do IPC. O número de estudantes, apesar de ser um número amostral razoável, poderia ter sido mais expressivo, tendo em conta a média de alunos por escola. Já a amostra de docentes foi bastante boa, atendendo à média de docentes por escola. Assim, a amostra parece representar a comunidade do IPC, com participantes de todas as escolas envolvidas, no entanto, é de

salientar que uma amostra maior, trará uma maior confiança nos resultados e permitirá extrapolar para o ensino superior em Portugal. Esta investigação, ainda que com algumas limitações, representa um importante contributo no estudo da literacia em saúde da população académica.

À semelhança deste contributo, vários têm sido os estudos desencadeados nas instituições de ensino superior em Portugal, no âmbito do estudo “Literacia em saúde da população do ensino superior: desafios em Portugal”, da Rede Académica de Literacia em Saúde, desenvolvida com o objetivo de avaliar a literacia em saúde de estudantes, docentes e investigadores do ensino superior e avaliar os fatores que a influenciam (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

A aplicação de estudos de literacia em saúde nas comunidades académicas do ensino superior em Portugal, permitirá a identificação de lacunas e a adoção de medidas e implementação de programas de ação. Este trabalho deve ser contínuo, por forma a verificar a evolução ao longo do tempo e a eficácia das medidas implementadas.

## 9. Conclusão

Este estudo revelou que em média os índices de literacia em saúde da comunidade do IPC, correspondem a níveis problemáticos (índice global e índice de prevenção da doença) ou suficientes (índice de promoção da saúde e cuidados de saúde). Para o índice de literacia em saúde global, 48% da comunidade do IPC revelou níveis inadequados ou problemáticos e 51,9% níveis suficientes ou excelentes. Os estudantes apresentaram piores resultados comparativamente aos docentes, com 51,2% dos estudantes a revelar níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde. A situação socioeconómica e as áreas de estudo influenciam fortemente os níveis de literacia em saúde dos estudantes. No caso dos docentes, conclui-se que a situação socioeconómica se relaciona com os níveis de literacia em saúde deste grupo.

Em suma, os resultados revelam níveis de literacia em saúde pouco satisfatórios na comunidade do IPC, onde o grupo de estudantes se destaca pela negativa. Concluimos que existe uma necessidade de atuação nas escolas do IPC, no sentido de melhorar os níveis de literacia em saúde de toda a comunidade, especialmente a comunidade estudantil.

Sabemos que ainda há um longo caminho a percorrer para que a sociedade em geral possua um nível adequado de literacia em saúde. Para que isso aconteça, tem de existir um esforço conjunto de todos os envolvidos, cidadãos, profissionais de saúde e formuladores de políticas. Na prática, uma sociedade com literacia em saúde, só pode existir caso: os indivíduos possam tomar decisões sobre saúde, por si mesmos; os pacientes estejam verdadeiramente capacitados e envolvidos no sistema, para participarem nas decisões sobre cuidados de saúde; os profissionais possam adequar a comunicação às necessidades de cada utente e promover a literacia em saúde; e caso os políticos possam incorporar a literacia em saúde no desenho de novas políticas de saúde para as populações.

Nas escolas, esse esforço também deve existir, adequando as ações de promoção de literacia em saúde, à população académica.

## 10. Bibliografia

- AHERN, David K. - Challenges and Opportunities of eHealth Research. **American Journal of Preventive Medicine**. ISSN 07493797. Vol 32, nº55 (2007). P. 75-82 doi: 10.1016/j.amepre.2007.01.016.
- ALMEIDA, Liliana - **Avaliação da Literacia em Saúde dos Estudantes do Ensino Superior da Beira Interior**. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2016. Dissertação de Mestrado.
- ARAÚJO, Elisabete – **Comportamentos de risco em jovens universitários: consumo de substâncias psicoativas**. Universidade dos Açores, Ponta Delgada, 2015. Dissertação de Mestrado.
- ARAÚJO, Susana; MORAIS, Carminda; RIBEIRO, Jorge; FERREIRA, Pedro; PIMENTA, Rui – Literacia e qualidade de vida na diabetes *mellitus* tipo 2 num ACES do Minho, Portugal. **Suplemento digital Revista ROL Enfermagem**. Vol 43, nº1 (2020). p.500-506.
- ARRIAGA, Miguel; FRANCISCO, Rita; NOGUEIRA, Paulo; OLIVEIRA, Jorge; SILVA, Carlota; CÂMARA, Gisele; SØRENSEN, Kristine; DIETSCHER, Christina; COSTA, Andreia - Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. ISSN 16604601. Vol 19 (2022). doi: 10.3390/ijerph19074225.
- ARRIAGA, Miguel T. - **Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor Literacia em Saúde do cidadão**. Em: Lopes, Carlos e Almeida, Cristina V. - **Literacia em Saúde na Prática**. Edições ISPA. ISBN: 978-989-8384-57-7. Lisboa, 2019.
- BAKER, David W; PARKER, Ruth M.; WILLIAMS, Mark V.; CLARK, W.Scott; NURSS, Joanne - The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. **American Journal of Public Health**. ISSN 00900036. Vol 87, nº6 (1997). p.1027–1030. doi: 10.2105/AJPH.87.6.1027
- BAKER, David W.; PARKER, Ruth M.; WILLIAMS, Mark V.; CLARK, W.Scott - Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. **Journal of General Internal Medicine**. ISSN 08848734. Vol 13 (1998). p.791-798. doi: 10.1046/J.1525-1497.1998.00242.X.

- BAKER, David W.; WILLIAMS, Mark V.; PARKER, Ruth M.; GAZMARARIAN, Julie A.; NURSS, Joanne - Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Education and Counseling**. Vol 38 (1999). P. 33-42
- BAKER, David W.; GAZMARARIAN, Julie A.; WILLIAMS, Mark V.; SCOTT, Tracy; PARKER, Ruth M.; GREEN, Diane; REN, Junling; PEEL, Jennifer - Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. **American Journal of Public Health**. ISSN 00900036. Vol 92, nº8 (2002). p.1278-1283. doi: 10.2105/AJPH.92.8.1278.
- BAKER, David W. - The Meaning and the Measure of Health Literacy. **Journal of General Internal Medicine**. Vol 21 (2006), p.878-883. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x.
- BAKER, David W.; WOLF, Michael S.; FEINGLASS, Joseph; THOMPSON, Jason A.; GAZMARARIAN, Julie A.; HUANG, Jenny - Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. **Archives of Internal Medicine - American Medical Association**. ISSN 0003-9926. Vol 167, nº14 (2007). p.1503–1509. doi: 10.1001/ARCHINTE.167.14.1503.
- BASS, Pat F.; WILSON, John F., GRIFFITH, Charles H. – A shortened instrument for literacy screening. **Journal of General Internal Medicine**. Vol 18 (2003). p. 1036-1038.
- BENAVENTE, Ana; ROSA, Alexandre; COSTA, António F.; ÁVILA, Patrícia - **A literacia em Portugal - resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica**. 1ªedição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian - Conselho Nacional de Educação, 1996. p. 420. ISBN 972-31-0713-9.
- BENNETT, Charles L.; FERREIRA, M. Rosario; DAVIS, Terry C.; KAPLAN, Jason; WEINBERGER, Maribeth; KUZEL, Tim; SEDAY, Mary Ann; SARTOR, Oliver – Relation between Literacy, Race, and Stage of Presentation among Low-income Patients with Prostate Cancer. **Journal of Clinical Oncology**. Vol 16, nº9 (1998) p. 31031-3104. doi: 0732-183X/98/1609-0001\$3.00/0.
- Despacho nº 6401/2016. **Diário da República, 2.ª série — N.º 94 — 16 de maio de 2016**. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Lisboa 2016.
- Despacho nº 3618-A/2016. **Diário da República, 2ªsérie – Nº49 – 10 de março de 2016**. p.5. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Lisboa 2016

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Níveis de Literacia em Saúde – HLS19 Portugal**. Disponível em [www:<url:www.dgs.pt>](http://www.dgs.pt). ISBN 978-972-675-320-9. Lisboa, 2021.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020**. Disponível em [www:<url:www.dgs.pt>](http://www.dgs.pt).Lisboa, Maio 2015.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Manual de boas-práticas Literacia em Saúde - capacitação dos profissionais de saúde**. Disponível em [www:<url:www.dgs.pt>](http://www.dgs.pt). ISBN: 978-972-675-288-2, Lisboa, 2019.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021**. Disponível em [www:<url:www.dgs.pt>](http://www.dgs.pt). Lisboa, Março 2019.
- DEWALT, Darren A.; BERKMAN, Nancy D.; SHERIDAN, Stacey; LOHR, Kathleen N.; PIGNONE, Michael P. - Literacy and Health Outcomes - A Systematic Review of the Literature. **Journal of General Internal Medicine**. Vol 19 (2004). p. 1228–1239.
- EICHLER, Klaus; WIESER, Simon; BRUGGER, Urs - The costs of limited health literacy: a systematic review. **International Journal of Public Health**. Vol 54 (2009). p. 313-324 doi: 10.1007/s00038-009-0058-2.
- ELSBORG, Lea; KROSSDAL, Fie; KAYSER, Lars - Health literacy among Danish university students enrolled in health-related study programmes. **Scandinavian Journal of Public Health**. ISSN 16511905. Vol 45 (2017). p.831–838. doi: 10.1177/1403494817733356.
- ESPANHA, Rita; ÁVILA, Patrícia; MENDES, Rita – **Literacia em saúde em Portugal, Relatório Síntese**. Fundação Calouste Gulbenkian, 2016. ISBN 978-989-8807-27-4. Disponível em: <http://www.gulbenkian.pt>.
- ESTRELA, Marta; SEMEDO, Guilherme; ROQUE, Fátima; FERREIRA, Pedro; HERDEIRO, Maria – Sociodemographic determinantes of digital health literacy: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Medical Informatics**. Vol 177 (2023). doi: 10.1016/j.ijmedinf.2023.105124
- FERREIRA, Pedro L.; FERREIRA, Lara N.; PEREIRA, Luís N. - Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. **Acta Médica Portuguesa - Revista Científica da Ordem**

**Médicos.** Vol 26, nº6. (2013) p.664-675. Disponível em [www:<url:www.actamedicaportuguesa.com>](http://www.actamedicaportuguesa.com).

FERREIRA, Pedro L.; PEREIRA, Luís N.; ANTUNES, Patrícia; FERREIRA, Lara N. - EQ-5D-5L Portuguese population norms. **European Journal of Health Economics.** ISSN 16187601. Springer (2023). doi: 10.1007/s10198-022-01552-9.

FERREIRA, Pedro L.; ANTUNES, Patrícia; FERREIRA, Lara N.; PEREIRA, Luís N.; RAMOS-GOÑI, Juan M. - A hybrid modelling approach for eliciting health states preferences: the Portuguese EQ-5D-5L value set. **Quality of Life Research.** Vol 28, nº12. (2019) p.3163–3175. doi: 10.1007/s11136-019-02226-5.

GEMERT-PIJNEN, Lisette V.; KIP, Hanneke; KELDERS, Saskia M.; SANDERMAN, Robbert - **Introducing eHealth.** Em **eHealth Research, Theory and Development.** 1ªEdição. Routledge, 2018. ISBN 978-1-315-38590-7. p.1–25.

HAUN, Jolie N; PATEL, Nitin R.; FRENCH, Dustin D.; CAMPBELL, Robert R.; BRADHAM, Douglas D.; LAPCEVIC, William A. - Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: A regional population based study. **BMC Health Services Research.** ISSN 14726963. Vol 15 (2015). doi: 10.1186/s12913-015-0887-z.

HUANG, Yu Qing; LIU, Laura; GOODARZI, Zahra; WATT, Jennifer A. - Diagnostic accuracy of eHealth literacy measurement tools in older adults: a systematic review. **BMC Geriatrics.** ISSN 1471-2318. Vol 23 (2023). p.1–10. doi: 10.1186/S12877-023-03899-X.

JONES, Stan; GABRIELSEN, Egil; HAGSTON, Jan; LINNAKYLÄ, Pirjo; MEGHERBI, Hakima; SABATINI, John; TRÖSTER, Monika; VIDAL-ABARCA, Eduardo - **PIAAC Literacy: A Conceptual Framework.** OECD Education Working Paper Nº 34. Paris; OECD, 2009. doi: 10.1787/220348414075.

KICKBUSCH, Ilona; WAIT, Suzanne; MAAG, Daniela – **Navigating Health, The Role of Health Literacy.** London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK, 2005.



- KIM, Henna; XIE, Bo - Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. **Patient Education and Counseling**. ISSN 18735134. Vol 100, nº6 (2017). p.1073–1082. doi: 10.1016/j.pec.2017.01.015.
- KÜHN, Lucas; BACHERT, Philip; HILDEBRAND, Claudia; KUNKEL, Jule; REITERMAYER, Jörg; WASCHKE, Hagen; WOLL, Alexander - Health Literacy Among University Students: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies. **Frontiers in Public Health**. ISSN 22962565. Vol 9 (2022). doi: 10.3389/fpubh.2021.680999.
- KUSHALNAGAR, Poorna; RYAN, Claire; SMITH, Scott; KUSHALNAGAR, Raja - Critical health literacy in American deaf college students. **Health Promotion International**. ISSN 14602245. Vol 33 (2018). p.827-833. doi: 10.1093/heapro/dax022.
- LEE, Shoou Yih D.; AROZULLAH, Ahsan M.; CHO, Young Ik - Health literacy, social support, and health: A research agenda. **Social Science and Medicine**. Elsevier Ltd. ISSN 02779536. Vol 58, nº7 (2004). p.1309–1321. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00329-0.
- LEE, Jiyeon; LEE, Eun-Hyun; CHAE, Duckhee - eHealth Literacy Instruments: Systematic Review of Measurement Properties. **Journal of medical Internet research**. ISSN 1438-8871. Vol 23, capítulo 11 (2021). p.1-16. doi: 10.2196/30644.
- LOPEZ, Claude; KIM, Bumyang; SACKS, Katherine – **Health Literacy in the United States: Enhancing Assessments and Reducing Disparities**. Milken Institute, 2022.
- MACKERT, Michael; CHAMPLIN, Sara E.; HOLTON; Avery; MUÑOZ, Isaac I.; DAMÁSIO, Manuel J - eHealth and Health Literacy: A Research Methodology Review. **Journal of Computer-Mediated Communication**. ISSN 10836101. Vol 19 (2014). p.516–528. doi: 10.1111/JCC4.12044.
- MANGANELLO, Jennifer A. - Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. **Health Education Research**. Oxford University Press. vol 23, nº5 (2008). p. 840–847. doi: 10.1093/her/cym069.
- MONTEIRO, Maria – **A literacia em saúde**. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2009.
- MULLAN, J.; BURNS, Pippa; WESTON, Kathryn; McLENNAN, Peter; WARREN, Rich; CROWTHER, Shelley; MANSFIELD, Kylie; DIXON, Robyn; MOSELEM, Emma; OSBORNE,

Richard H. - Health literacy amongst health professional university students: a study using the Health Literacy Questionnaire. **Education Sciences**. Vol 7, nº 54 (2017), p. 1–11. doi: 10.3390/educsci7020054.

NIELSEN-BOHLMAN, Lynn; PANZER, Allison M.; KINDIG, David A. - **Health literacy: a prescription to end confusion**. Washington, DC: Committee on Health Literacy. Institute of Medicine. National Academies Press, 2004. ISBN 0309529263.

NORMAN, Cameron - eHealth Literacy 2.0: Problems and Opportunities With an Evolving Concept. **Journal of Medical Internet Research**. Vol 13, nº 4 (2011). doi: 10.2196/jmir.2035

NUNES, Luís; SØRENSEN, Kristine; PELIKAN, Juergen M. – Hermenêutica da Literacia em Saúde e a sua Avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). **Revista do VIII Congresso Português de Sociologia**. (2014). Disponível em [www:<url:www.literacia-saude.info>](http://www.literacia-saude.info).

NUTBEAM, Don - Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? **International Journal of Public Health**. Switzerland. ISSN 1420911X. Vol 54, nº5 (2009), p. 303–305. doi: 10.1007/s00038-009-0050-x.

NUTBEAM, Don. - Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**. Oxford University Press. ISSN 09574824. Vol 15, nº3 (2000), p 259–267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.

OMS - **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, Nov. 1986.

OMS - **Health Promotion Glossary**. Geneva, 1998, p 10.

OMS - **Health literacy: The solid facts**. ISBN: 978 92 890 00154, Regional Office for Europe, 2013.

OSBORNE, Richard H.; BATTERHAM, Roy W.; ELSWORTH, Gerald R.; HAWKINS, Melanie; BUCHBINDER, Rachele - The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC Public Health**. ISSN 14712458. Vol 13 (2013). p.1–17. doi: 10.1186/1471-2458-13-658

- PAASCHE-ORLOW, Michael K.; WOLF, Michael S. - The causal pathways linking health literacy to health outcomes. **American Journal of Health Behavior**. ISSN 10873244. Vol 31, nº1, (2007), p 19-26. doi: 10.5993/ajhb.31.s1.4.
- PEDRO, Ana Rita; AMARAL, Odete; ESCOVAL, Ana - Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. ISSN 0870-9025. Vol 34, nº3 (2016). p.259–275. doi: 10.1016/J.RPSP.2016.07.002.
- PEDRO, Ana Rita; RAPOSO, Beatriz; LUÍS, Luís; AMARAL, Odete; ESCOVAL, Ana; DIAS, Sara - Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. ISSN 16604601. Vol 20 (2023). p. 1-9. doi: 10.3390/ijerph20042892.
- PELIKAN, Jürgen M.; RÖTHLIN, Florian; GANAHL, Kristin – **Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States (second extended and revised version)**. The European Health Literacy Project 2009-2012, 2014.
- PÉREZ, Gema Paramio; ALMAGRO, Bartolomé Jesús; GÓMEZ, Ángel Hernando; GÓMEZ, José Ignacio Aguaded – Validación de la Escala *eHealth Literacy* (eHEALS) en Población Universitaria Española. **Revista Española de Salud Pública**. ISSN 1135-5727. Vol 89, nº3 (2015). p. 329–338. doi: 10.4321/S1135-57272015000300010.
- RABABAH, Jehad A.; AL-HAMMOURI, Mohammed M.; DREW, Barbara L.; ALDALAYKEH, Mohammed - Health literacy: exploring disparities among college students. **BMC public health**. ISSN 1471-2458. Vol 19 (2019). doi: 10.1186/S12889-019-7781-2.
- RIBEIRO, Ana Isabel – **Níveis de literacia em saúde de estudantes em cursos de saúde**. Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2022. Dissertação de Mestrado.
- RUDD, Rima; KIRSCH, Irwin; YAMAMOTO, Kentaro - Literacy and Health in America - Policy Information Report. **Educational Testing Service**. (2004).
- SANTOS, Eva – **Literacia em saúde na população do Ensino Superior da Universidade de Coimbra**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2021. Dissertação de Mestrado.

- SANTOS, Maria Luísa - **Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários**. Universidade de Aveiro, 2011. Tese de doutoramento.
- SANTOS, Paulo; SÁ, Luísa; COUTO, Luciana; HESPANHOL, Alberto - Sources of information in health education: A cross-sectional study in Portuguese university students. **Australasian Medical Journal**. Vol 11, nº6 (2018). p.352-360. doi:10.21767/amj.2018.3435.
- SCHILLINGER, Dean - The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities. **Studies in health technology and informatics**. ISSN 18798365. Vol 269, (2020), p 22-41. doi: 10.3233/SHTI200020.
- SHAHID, Rabia; SHOKER, Muhammad; CHU, Luan M.; FREHLICK, Ryan; WARD, Heather; PAHWA, Punam. - Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. **BMC Health Services Research**. ISSN 14726963. Vol 22, nº1 (2022) p 1–9. doi: 10.1186/S12913-022-08527-9.
- SIMONDS, Scott K. - **Health Education as Social Policy**. University of Michigan, School of Public Health (1974).
- SOBRAL, Maria - **Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório**. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2018. Dissertação de Mestrado.
- SØRENSEN, Kristine; BROUCKE, Stephan; FULLAM, James; DOYLE, Gerardine; PELIKAN, Jürgen; SLONSKA, Zofia; BRAND, Helmut - Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**. ISSN 14712458. Vol 12, nº1 (2012) 1–13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
- SØRENSEN, Kristine; BROUCKE, Stephan V.; PELIKAN, Jürgen M; FULLAM, James; DOYLE, Gerardine; SLONSKA, Zofia; KONDILIS, Barbara; STOFFELS, Vivian; OSBORNE, Richard H; BRAND, Helmut - Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). **BMC Public Health**. ISSN 14712458. Vol 13 (2013). doi: 10.1186/1471-2458-13-948.
- SØRENSEN, Kristine; PELIKAN, Jürgen M; ROTHLIN, Florian; GANAHL, Kristin; SLONSKA, Zofia; DOYLE, Gerardine; FULLAM, James; KONDILIS, Barbara; AGRAFIOTIS,

Demosthenes; UITERS, Ellen; FALCON, Maria; MENSING, Monika; TCHAMOV, Kancho; BROUCKE, Stephan V.; BRAND, Helmut - Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). **European Journal of Public Health**. ISSN 1464-360X. Vol 25, nº6 (2015). p.1053–1058. doi: 10.1093/EURPUB/CKV043.

SPEROS, Carolyn - Health literacy: Concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**. Blackwell Publishing Ltd. ISSN 03092402. Vol 50, nº6 (2005) 633–640. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x.

SURI, Venkata R.; MAJID, Shaheen; CHANG, Yun-ke; FOO, Schubert - Assessing the influence of health literacy on health information behaviors: A multi-domain skills-based approach. **Patient Education and Counseling**. ISSN 18735134. Vol 99 (2016). p.1038–1045. doi:10.1016/j.pec.2015.12.017.

SUKYS, Saulius; CESNAITIENE, Vida J.; OSSOWSKY, Zbigniew M. - Is health education at university associated with student's health literacy? Evidence from cross-sectional study applying HLS-EU-Q. **BioMed Research International**. ISSN 23146141. (2017). doi: 10.1155/2017/8516843.

TOMÁS, Catarina Cardoso; QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina; FERREIRA, Teresa De Jesus Rodrigues – Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde. **Revista de Enfermagem Referência**. ISSN 21822883. Vol4, nº2 (2014). p.19–28. doi: 10.12707/RIV14004.

UE - **Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013**, commission of the european communities, Brussels ,2007.

UNESCO – **Educação para todos, alfabetização para a vida. Relatório conciso**, 2005. [Em linha], atual. 2023. [Consult. 10 jan. 2023]. Disponível em [www.efareport.unesco.org](http://www.efareport.unesco.org)

UNESCO - **Literacy and Basic Skills**, 2023 [Em linha], atual. 2023. [Consult. 10 jan. 2023]. Disponível em [www:<url:https://uil.unesco.org/literacy>](https://uil.unesco.org/literacy).

VAMOS, Sandra; YEUNG, Paul; BRUCKERMANN, Till; DIXON, Robyn - Exploring Health Literacy Profiles of Texas University Students. **Health Behavior and Policy Review**. ISSN 23264403. Vol 3, nº3 (2016). p.209–225. doi: 10.14485/hbpr.3.3.3.

- VOZIKIS, Athanassios; DRIVAS, Kyriakos; MILIORIS, Kostantinos - Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. **Archives of public health**. ISSN 0778-7367. Vol 72 (2014). doi: 10.1186/2049-3258-72-15.
- YANG, Shu Ching; LUO, Yi Fang; CHIANG, Chia-Hsun - Electronic Health Literacy and Dietary Behaviors in Taiwanese College Students: Cross-Sectional Study. **Journal of Medical Internet Research**. ISSN 14388871. Vol 21, capítulo 11 (2019). p.1-8. doi: 10.2196/13140.
- ZARCADOOLAS, Christina; PLEASANT, Andrew; GREER, David S. - Understanding health literacy: An expanded model. **Health Promotion International**. Oxford University Press. ISSN 09574824. Vol 20, nº2 (2005) p. 195–203. doi: 10.1093/heapro/dah609.
- ZOU, Mao; ZHANG, Yan; ZHANG, Fan; HU, Ping; BAI, Ruixue; HUANG, Wenjie; LU, Lu; ABDULLAH, Abu S.; GUO, Jeff J; SHARMA, Manoj; REIS, Cesar; ZHAO, Yong- The ability to obtain, appraise and understand health information among undergraduate nursing students in a medical university in Chongqing, China. **Nursing Open**. ISSN 20541058. Vol 5, nº3 (2018). p.384–392. doi: 10.1002/nop2.161.