



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Carlos Miguel Clemente Alegre

**LITERACIA EM SAÚDE E PROBLEMAS
MUSCULOESQUELÉTICOS**

**Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada pelo
Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira e apresentada à
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra**

setembro de 2023

Carlos Miguel Clemente Alegre

Literacia em Saúde e Problemas Musculoesqueléticos

**Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
orientada pelo Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes
Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade
de Coimbra**

setembro de 2023

“There are two outcomes: if the result confirms the hypothesis, then you have made a measurement. If the result is contrary to the hypothesis, then you have made a discovery.”

Enrico Fermi

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira pela sua disponibilidade e auxílio constante manifestado na escolha e na elaboração desta dissertação de mestrado.

Agradeço a todos os professores deste mestrado pelos ensinamentos e dedicação manifestada.

Uma palavra de reconhecimento a todos os médicos, enfermeiros e administrativos que contribuíram para a recolha dos dados através do questionário.

Reconheço com gratidão a todos os pacientes que voluntariamente abdicaram do seu tempo e empenho nas respostas ao inquérito.

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a minha formação como ser humano e médico.

Agradeço à minha família pelo tempo de que se privaram da minha presença na realização deste mestrado.

A todos o meu sincero agradecimento!

Resumo

Enquadramento: A literacia em saúde é uma condição importante para alcançar resultados decisivos em saúde. Um baixo nível de literacia tem consequências nas decisões pessoais relacionadas com a saúde, a sua promoção, a prevenção de doenças e a utilização dos cuidados de saúde.

Os problemas musculoesqueléticos (ME) são uma das causas mais frequentes de utilização dos cuidados de saúde. Dentro da especificidade na literacia em saúde, não existe grande informação sobre literacia relativa a problemas musculoesqueléticos.

Objetivo: Com este estudo pretendeu-se avaliar o nível de literacia em problemas musculoesqueléticos em várias vertentes (anatomia, terminologia, diagnóstico e tratamento de problemas musculoesqueléticos) e relacionar com o nível de literacia geral em saúde e as características sociodemográficas dos participantes.

Métodos: Baseado nos dados colhidos do questionário LiMP (*Literacy in Musculoskeletal Problems*) traduzido em português de acordo com a metodologia instituída, seguido do questionário HLS-EU-PT-Q16 e de um inquérito de dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, situação profissional, situação familiar, atividade relacionada com a saúde, consultas anteriores para mesma patologia) em doentes com problemas musculoesqueléticos (>18 anos) presentes em consulta externa ou internamento no serviço de ortopedia de um centro hospitalar e universitário de acordo com as normas próprias da instituição hospitalar. Realizou-se um estudo de tipo observacional, transversal com abordagem quantitativa. Realizou-se a descrição e análise das variáveis e a explicação da relação entre estas através de um estudo correlacional.

Resultados: Do resultado do questionário LiMP verificou-se que 60% dos pacientes desta amostra apresentavam um nível de literacia ME limitada (<6). A pontuação média total foi de $5,01 \pm 1,56$. Os valores do índice geral de literacia em saúde (índice geral HL) apresentam uma média de $31,84 \pm 6,50$. No índice geral HL, 56,7% resultaram da soma do nível problemático associado ao nível inadequado e apenas 5,3% apresentaram um nível excelente.

As fontes de procura de informação relacionada com saúde “sempre” utilizadas

foram os profissionais de saúde (36,1%) seguida da pesquisa livre na *internet* (12,8%). Na investigação da relação com a literacia ME verificou-se apenas existir relação estatística significativa com o índice geral HL ($p=0,028$) e a ausência de independência entre a literacia musculoesquelética e a escolaridade ($p<0,001$).

Conclusão: O LiMP revelou-se um instrumento de fácil utilização e sem intercorrências. Verificaram-se níveis de literacia musculoesquelética limitada e de literacia geral em saúde baixos neste estudo. A literacia musculoesquelética está relacionada com a literacia geral em saúde e com a escolaridade. São áreas em que importa investir na melhoria dos cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Literacia em saúde; Literacia musculoesquelética; LiMP; HLS-EU-PT-Q16.

Abstract

Background: Health literacy is an important condition for achieving major health results. A low level of literacy has consequences for personal decisions related to health, its promotion, disease prevention and healthcare utilization.

Musculoskeletal problems (ME) are one of the most frequent causes of healthcare utilization. Within the specific area of health literacy, there is not much information on literacy in relation to musculoskeletal problems.

Objectives: The aim of this study was to assess the level of literacy in musculoskeletal problems in various aspects (anatomy, terminology, diagnosis, and treatment of musculoskeletal problems) and to relate this to the level of general health literacy and sociodemographic characteristics of the participants.

Methods: Based on data collected from the LiMP (Literacy in Musculoskeletal Problems) questionnaire translated into Portuguese in accordance with the established methodology, followed by the HLS-EU-PT-Q16 questionnaire and a survey of sociodemographic data (age, gender, education, professional status, family status, health-related activity, previous consultations for the same pathology) in patients with musculoskeletal problems (>18 years old) attending an outpatient or inpatient appointment at the orthopaedic department of a hospital and university center in accordance with the hospital's own rules. This was an observational, cross-sectional study with a quantitative approach. The variables were described and analyzed and the relationship between them was explained using a correlational study.

Results: The results of the LiMP questionnaire showed that 60 per cent of the patients in this sample had a limited level of ME literacy (< 6). The average total score was 5.01 ± 1.56 . The general health literacy index (G-HL index) values had an average of 31.84 ± 6.50 . In the general health literacy index, 56.7 per cent resulted from the sum of the problematic level associated with the inadequate level and only 5.3 per cent showed an excellent level.

The sources "always" used for seeking health-related information were health professionals (36.1 per cent) followed by free internet research (12.8 per cent).

When investigating the relationship with ME literacy. There was only a statistically relation with the G-HL index ($p=0.028$) and no independence between musculoskeletal literacy and education ($p<0.001$).

Conclusion: The LiMP proved to be an easy-to-use instrument with no complications. There were limited levels of musculoskeletal literacy and low levels of general health literacy in this study. Musculoskeletal literacy is correlated with general health literacy and education level. These are areas in which it is important to invest in improving healthcare.

Keywords: Health literacy; Musculoskeletal literacy; LiMP; HLS-EU-PT-Q16.

Lista de Siglas e Acrónimos

APRP – *Average Percentage Response Patterns*

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS – Direção Geral de Saúde

eHEALS – *The eHealth Literacy Scale*

EUA – Estados Unidos da América

G-HL – *General Health Literacy*

HL – *Health Literacy*

HLQ – *Questionnaire*

HLS19 – *The Health Literacy Population Survey – 2019*

HLS19-DIGI – *Health Literacy Population Survey 19 – Digital Health Literacy in general adult populations*

HLS19-NAV – *Health Literacy Survey 19 – Navigational Health Literacy*

HLS19-Q12 – *Health Literacy Survey - Short form -12 Questions*

HLS-EU-PT-Q16 – *Health Literacy Population Survey - Short form - 16 Question Portuguese version*

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

ILS – PT – *Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal*

IMC – *Índice de massa corporal*

IOM – *Institute of Medicine*

LiMP – *Literacy in Musculoskeletal Problems*

Literacia ME – *Literacia musculoesquelética*

LML – *Literacia em saúde musculoesquelética limitada*

LSL – *Literacia em saúde limitada*

M-POHL – *Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy*

NVS – *Newest Vital Sign*

YLDs – *Years of healthy life lost due to disability*

REALM – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TOFHLA – *Test of Functional Health Literacy in Adults.*

UC – Universidade de Coimbra

UDI – Unidade de desenvolvimento e Inovação

UE – União Europeia

WHO – *World Health Organization*

WOMAC – *Western Ontário and McMaster University Osteoarthritis Index*

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1 – Quadro estrutural da Literacia em Saúde. Adaptado de Nielsen-Bohlman et al. (2004).....	7
Figura 2 – Estrutura dos potenciais pontos de intervenção na literacia em saúde. Adaptado de Nielsen-Bohlman et al. (2004).....	8
Figura 3 – Modelo Integrado de Literacia em Saúde. Fonte: Santos, E. S. Q. D. (2021). Adaptado de Sørensen et al.(2012)	9
Figura 4 – Literacia em saúde-vantagens. Um guia para os pacientes. Adaptado de Doyle et al. (2012).....	14
Figura 5 – Níveis de literacia geral em saúde. Arriaga et al. (2021), DGS	21
Figura 6 – Dimensões da literacia em saúde. Arriaga et al. (2021), DGS	22
Figura 7 – Competências específicas da literacia em saúde. Arriaga et al. (2021), DGS	23
Figura 8 – Módulos adicionais de literacia em saúde. Arriaga et al. (2021), DGS	24
Figura 9 – Percentagem de inquiridos por nível de categoria. de literacia em saúde geral. <i>HLS19 Consortium (2021)</i>	26
Figura 10 – Literacia em saúde – Navegação no sistema de saúde. <i>HLS19 Consortium (2021)</i>	27
Figura 11 – Literacia digital em saúde. <i>HLS19 Consortium (2021)</i>	29
Figura 12 – Literacia em saúde – vacinação. <i>HLS19 Consortium (2021)</i>	30
Figura 13 – Níveis de literacia em saúde geral em Portugal e nos restantes países participantes no <i>HLS-EU</i>	33

Figura 14 – Níveis de literacia em cuidados de saúde em Portugal e nos restantes países participantes no <i>HLS-EU</i>	34
Figura 15 – Níveis de literacia em prevenção da doença em Portugal e nos restantes países participantes no <i>HLS-EU</i>	35
Figura 16 – Níveis de literacia em promoção da saúde em Portugal e nos restantes países participantes no <i>HLS-EU</i>	36
Figura 17 – Índice geral de literacia em saúde com o <i>HLS19-Q12</i> . Adaptado de Arriaga et al. (2021), DGS.....	70
Figura 18 – Índice geral de literacia em saúde deste estudo com o <i>HLS-EU-PT-Q16</i>	70
Figura 19 – Percentagens de cada nível de literacia dos participantes para cada um dos 3 domínios de literacia em saúde	71
Figura 20 – Dimensões da literacia em saúde. com o <i>HLS19-Q12</i> . Adaptado de Arriaga et al. (2021), DGS.....	71

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 – Fontes utilizadas na procura de informação sobre saúde.....	51
Gráfico 2 – Percentagem de participantes que responderam corretamente ao número de questões relativas à Anatomia e Terminologia	54
Gráfico 3 – Percentagem de participantes que responderam corretamente ao número de questões relativas a Problemas Musculoesqueléticos	54
Gráfico 4 – Percentagem de participantes que responderam corretamente ao número de questões relativas ao Diagnóstico e Tratamento.....	55
Gráfico 5 – Percentagens de cada nível de literacia dos participantes em cada um dos 3 domínios de literacia	57
Gráfico 6 – Percentagem de respostas corretas a cada questão comparando com o estudo dos autores do LiMP	68

Índice de Quadros e Tabelas

	Pág.
Quadro 1 – Matriz com quatro dimensões de literacia em saúde aplicadas a 3 domínios da saúde adaptado de Sørensen (2012)	9
Tabela 1 – As características sociodemográficas dos participantes	50
Tabela 2 – Número de respostas corretas e respetiva percentagem a cada uma das questões do LiMP.	52
Tabela 3 – Número e percentagem de participantes que responderam corretamente ao respetivo número de questões	53
Tabela 4 – Média da pontuação do inquérito LIMP e a média para cada um dos temas	53
Tabela 5 – “ <i>alfa de Cronbach</i> ” para cada um dos temas e valor total.....	55
Tabela 6 – Níveis de Literacia - Índice Geral HL da amostra.....	56
Tabela 7 – Médias do Índice Geral HL e de cada um seus domínios.....	56
Tabela 8 – Relação da média do índice geral em saúde com a Literacia ME	58
Tabela 9 – Relação da média da idade com a Literacia ME	59
Tabela 10 – Relação entre a literacia ME e o sexo.....	60
Tabela 11 – Relação entre a literacia ME e o ensino.....	61
Tabela 12 – Relação a literacia ME e a situação laboral	62
Tabela 13 – Relação entre a literacia ME e a experiência em saúde	63
Tabela 14 – Relação entre a literacia ME e o seguimento em consultas anteriores	64

Sumário

1. Introdução	1
2. Literacia em Saúde	4
2.1 Conceito de Literacia em Saúde	4
2.2 Modelos Conceptuais	6
2.3 Importância da Literacia em Saúde	10
2.4 Medição de Literacia em Saúde	15
2.5 Literacia em Saúde em Portugal	20
2.6 Estudo HLS-EU (2019-2021) Europeu	25
2.6.1 Literacia em Saúde Geral – Europa	25
2.6.2 Literacia em Saúde – Navegação no Sistema de saúde	26
2.6.3 Literacia em Saúde – Literacia Digital	28
2.6.4 Literacia em Saúde – Literacia em Vacinação	29
2.7 Literacia em Saúde em Portugal e Europa - 2016	32
2.8 Problemas Musculoesqueléticos	37
3. Métodos	44
3.1 Tipo de estudo	44
3.2 Objetivos e hipóteses de estudo	44
3.3 Instrumentos de medição	45
3.4 Tradução e validação	47
3.5 Seleção da amostra	48
3.6 Análise estatística	48
4. Resultados	49
4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes	49
4.2 Fontes de informação	51
4.3 Resultados do questionário LiMP	52
4.4 Consistência interna	55
4.5 Resultados do questionário HLS-EU-PT-Q16	56
4.6 Hipóteses de estudo	58
5. Discussão de resultados	66
6. Conclusão	73

Referências Bibliográficas	76
---	----

Anexos

Anexo I – Inquérito

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética

Anexo III – Autorização do Autor

Anexo IV – Consentimento Informado

1. Introdução

Um nível baixo de literacia em saúde é um problema crescente de saúde pública mundial, sendo frequentemente referido como uma “epidemia silenciosa” (Kinding, 2004).

“A literacia em saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde...”, de acordo com o *European Health Literacy Consortium* (Sørensen et al. 2012, pp. 3; WHO, 2013).

A literacia em saúde desenvolve-se ao longo da vida. É influenciada por fatores pessoais, situacionais e culturais e tem impacto na utilização dos serviços de saúde, no estado de saúde, no comportamento, no envolvimento na saúde, permitindo a equidade e a sustentabilidade (Sørensen, 2022).

Refere-se que piores estados de saúde e uma maior demanda destes serviços parecem ser acompanhados por níveis baixos de literacia nesta área, sugerindo-se um gradiente social para a literacia em saúde (Sørensen et al., 2015). São considerados fatores de risco para um baixo nível de literacia em saúde a pobreza, a desigualdade social, baixos níveis de escolaridade e uma população envelhecida (Quaglio et al., 2017).

A ausência de saúde musculoesquelética condiciona limitações temporárias ou permanentes. As patologias musculoesqueléticas constituem o maior contributo para as necessidades de reabilitação em países de maior rendimento e o maior contributo mundial para os anos vividos com incapacidade.

A literacia em saúde musculoesquelética solicita um conjunto de competências mais evoluídas do que aquelas necessárias para a literacia em saúde geral, causando dificuldades no contacto entre doente e o cirurgião ortopédico (Rosenbaum et al., 2016a).

Rosenbaum et al. (2013) desenvolveram e utilizaram um questionário específico para a literacia em patologias musculoesqueléticas – (LiMP – *Literacy in Musculoskeletal Problems*). Este questionário foi utilizado para a avaliação do nível de entendimento em doentes que se apresentavam no serviço de urgência de um

hospital universitário (situado no EUA) com queixas musculoesqueléticas. Avaliou a relação entre literacia em saúde em geral, a literacia para problemas musculoesqueléticos e fatores demográficos (idade, sexo, raça, educação, profissão/ocupação e atendimento anterior por queixas semelhantes). Os autores concluíram que a prevalência de limitada literacia musculoesquelética é maior que a literacia em saúde em geral e com maior risco para as minorias e indivíduos com baixos níveis educacionais.

Este estudo teve por objetivo relacionar a literacia musculoesquelética (questionário LiMP traduzido em português) com a literacia em saúde (questionário HLS-EU-P-Q16 - *Health Literacy Survey - portuguese version - 16 questions*) e com as características sociodemográficas dos inquiridos. Realizou-se um estudo utilizando uma amostra de doentes da consulta e do internamento de um centro hospitalar e universitário nacional que responderam ao questionário de forma voluntária e anónima.

No capítulo 2, referente à literacia em saúde, é realizada uma abordagem dos conceitos de literacia em saúde, a sua contextualização temporal, a sua importância e a sua medição. São referidos os principais modelos conceptuais da literacia em saúde. Neste capítulo realizou-se uma caracterização da literacia em saúde em Portugal com o estudo HLS-19 (*Health Literacy Population Survey – 2019*) nos seus diversos domínios e competências específicas e a descrição do estudo europeu HLS-EU (2019-2021). Referenciou-se também o estudo de literacia em saúde anterior no estudo (2016) em Portugal e na Europa. Neste capítulo é realizada a descrição dos principais problemas musculoesqueléticos, a sua dimensão e repercussões a nível económico, social e mundial.

No capítulo 3, referente aos métodos, são referenciadas a caracterização do estudo, a seleção da amostra, os instrumentos de medição, a referência à tradução e validação, os procedimentos da recolha de dados, as hipóteses de estudo e a análise estatística efetuada.

No capítulo 4, referente aos resultados, são apresentados os resultados relevantes deste estudo: caracterização sociodemográfica dos participantes; as fontes de informação utilizadas na procura de informação sobre saúde; os resultados do questionário LiMP e HLS-EU-PT-Q16; a consistência interna do LiMP e o resultado das hipóteses em estudo.

No capítulo 5, referente à discussão de resultados, são debatidos os resultados apresentados da literacia musculoesquelética (ME) e a sua análise comparando com os resultados do autor do LiMP. Realizou-se a discussão dos resultados da literacia em saúde geral e nos seus domínios resultantes deste estudo e a sua comparação com a literacia em saúde do estudo HLS-19 nacional. São igualmente referidas as limitações deste estudo.

Finalmente no capítulo 6, referente às conclusões, são destacadas as principais conclusões deste trabalho, as perspetivas e estratégias de abordagem no sentido da melhoria da literacia ME, literacia em saúde e o incentivo para linhas de investigação futura para melhoria de instrumentos de medição da literacia ME.

2. Literacia em Saúde

2.1 Conceito de Literacia em Saúde

O termo “Literacia em Saúde” foi introduzido em 1974 por Scott Simonds num artigo intitulado “ *Health Education and Social Polity*”, relacionando-se com a educação em saúde em contexto escolar. Rapidamente surgiu como um tema emergente e tornou-se uma prioridade em saúde no século 21. Tornou-se vital a capacidade para gerir e navegar no sistema de saúde (Okan, 2019; Sørensen 2019b).

A literacia em saúde relaciona-se com a capacidade das pessoas para corresponder às exigências complexas da saúde numa sociedade moderna. Representa contextualizar a própria saúde, a da família e da comunidade, compreendendo os fatores que a influenciam e como abordá-los (Sørensen, 2012).

Apesar de inicialmente mencionado nos anos 70, só mais tarde se referenciam as primeiras definições. A primeira definição mais assertiva surge em 1995 (*Joint Committee on National Health Education Standards*), considerando a literacia em saúde como sendo a capacidade dos indivíduos para obter, interpretar e entender informação de saúde básica e aptidão para usar esta informação e os serviços, de forma a obter saúde (Sørensen, 2019b, pp. 6).

Em 1998, a WHO, definiu-a como “ um conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam, 1998, pp. 357).

De facto, Nutbean (2000) considerava a existência no seu modelo de 3 tipos de literacia: literacia funcional (básica) - referindo-se às competências básicas na leitura e escrita que são necessárias para um desempenho efetivo nas atividades do quotidiano; literacia comunicativa/interativa, referindo-se a competências cognitivas mais avançadas, que em conjunto com competências sociais podem ser utilizadas ativamente para participar nas atividades quotidianas, obter informação e determinar significados de diversas formas de comunicação e aplicar a nova informação à mudança de circunstâncias; e a literacia crítica, referindo-se a competências cognitivas mais avançadas que em conjunto com competências sociais podem ser utilizadas para analisar criticamente e utilizar esta informação

para exercer um maior controlo sobre eventos e situações da vida. Esta classificação indicava que diferentes níveis de literacia permitem progressivamente mais autonomia e empoderamento (Nutbean, 2000).

Múltiplas definições têm surgindo ao longo do tempo. Sørensen e al. (2012), numa revisão sistemática da literatura referem 17 definições e 12 modelos conceptuais de literacia em saúde. São novamente referidas 26 definições por Sørensen (*International Handbook of Health Literacy: Research, practice, and policy across the lifespan, 2019*) (Sørensen, 2019).

Em 2005, Kickbusch et al., propõem um conceito de literacia em saúde baseado na referência de que literacia em saúde é uma função partilhada de fatores sociais e individuais emergindo da interação entre as capacidades dos indivíduos e as exigências dos sistemas sociais. Definindo-a como “ a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida quotidiana, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização dos serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades” (Kickbusch et al., 2005, pp. 8).

Sørensen et al. (2012) referem uma nova definição, incluindo a essência das 17 definições identificadas, considerando: “ a literacia em saúde relacionada com a literacia e envolve o conhecimento das pessoas, motivação e competências para aceder, avaliar e aplicar informação para realizar juízos e tomar decisões na vida diária relacionados com os cuidados de saúde, doença, prevenção e promoção da saúde e para manter e melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida” (Sørensen et al., 2012, pp. 3).

Finalmente em 2021, a WHO em *Health Promotion Glossary of Terms*, refere que “A literacia em saúde representa o conhecimento pessoal e competências acumuladas através de atividades diárias, interações sociais e através de gerações. O conhecimento pessoal e competências são mediadas pela estrutura organizacional e disponibilidade de recursos que permitem aos indivíduos entender, avaliar e usar a informação e serviços de forma a promover e manter boa saúde e bem-estar para eles próprios e aqueles em seu redor” (WHO - *Health - Promotion Glossary of Terms, 2021*, pp. 6).

2.2 Modelos Conceptuais

Existem múltiplos modelos conceptuais da literacia em saúde. Sørensen et al. (2012) referem 12 modelos. Referem-se apenas os mais mencionados na literatura.

Segundo Nielsen Bohlman et al. (*Institute of Medicine, 2004*) a literacia em saúde interessa a todos os envolvidos na proteção e promoção da saúde, prevenção da doença, deteção precoce, manutenção de cuidados de saúde e políticas de saúde. As competências em saúde são necessárias no diálogo e discussão. A capacidade individual refere-se ao potencial inato do individuo assim como as suas competências. A capacidade individual em literacia em saúde é condicionada pela educação, cultura, linguagem e características de ambientes relacionados com a saúde.

A literacia em saúde é uma função conjunta de fatores sociais, culturais e individuais. Ambas as causas e as soluções para a limitada literacia em saúde residem no nosso enquadramento social e cultural, no sistema educativo que o assiste e na interação entre ambos (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

A literacia é posicionada como base ativa da literacia em saúde e coloca a própria literacia em saúde como o mediador ativo entre indivíduos e os contextos de saúde. Os indivíduos trazem um conjunto de fatores para o contexto da saúde, incluindo capacidades cognitivas, sociais, estados emotivos e estados físicos. A literacia fornece as competências que permitem aos indivíduos compreender e comunicar a informação e as preocupações. A literacia envolve um conjunto de capacidades como a leitura, escrita, matemática básica, discurso e sua compreensão (Kirsch et al., 2001). A literacia em saúde é a ponte entre a literacia e outras competências e capacidades do individuo e do contexto de saúde (Figura1).

Quadro de Literacia em Saúde

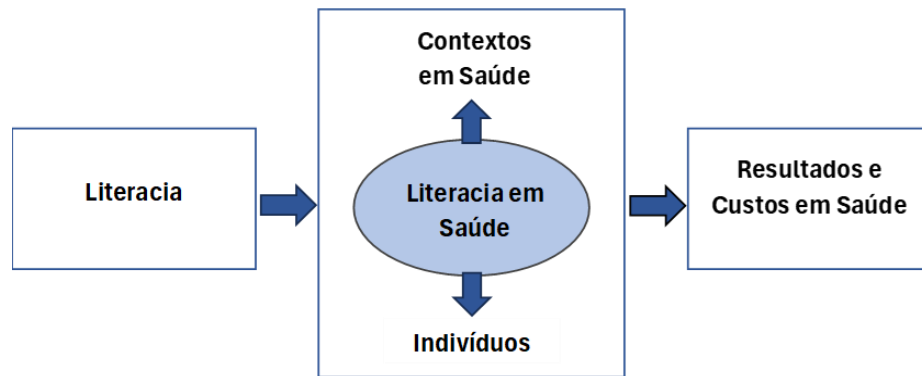


Figura 1 - Quadro estrutural da Literacia em Saúde. Adaptado de Nielsen-Bohlman et al.,(2004), pp. 33.

São considerados 3 fatores chave que assumem responsabilidade na literacia em saúde através dos quais as competências podem ser construídas. Os setores que constituem o contexto da literacia em saúde são a cultura, a sociedade, o sistema de saúde e o sistema educativo. Estes setores também fornecem pontos de intervenção que são oportunidades ou desafios para melhorar a literacia em saúde. É ilustrada a interação dos indivíduos com o sistema educativo, o sistema de saúde e os fatores sociais relacionados com a literacia em saúde. É provável que os determinantes de literacia em saúde sejam variados e complexos, assim como a maior parte dos problemas de saúde recorrentes afetando as áreas de saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004) (Figura 2).

Pontos Potenciais de Intervenção

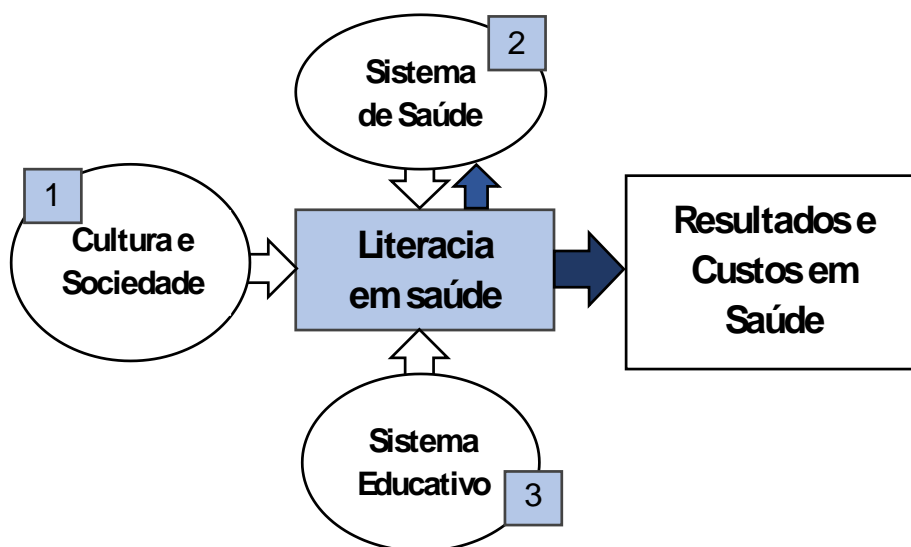


Figura 2 - Estrutura dos potenciais pontos de intervenção na literacia em saúde, Adaptado de Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. *Health literacy: A prescription to end confusion*, pp. 34.

Apesar da existência de vários modelos de literacia em saúde apresentados na literatura, poucos foram validados empiricamente e nenhum foi considerado suficientemente compreensivo para se nivelar com as definições de literacia em saúde e as competências inerentes. Sørensen et al. (2012) propõem um modelo integrado que agrega as principais dimensões de modelos anteriores.

O modelo associa as qualidades das principais dimensões em saúde representada numa forma oval no centro da figura e um modelo lógico demonstrando os fatores proximais e distais que influenciam a literacia em saúde, assim como os trajetos unindo a literacia em saúde e os referidos resultados (Figura 3).

O núcleo do modelo demonstra as competências relacionadas com o processo de acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informação relacionada com a saúde. Cada uma destas competências representa uma dimensão crucial de literacia em saúde, requiere qualidades cognitivas específicas e depende da qualidade da informação fornecida. Este processo gera conhecimento e competências que permitem navegar nos 3 domínios em saúde: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

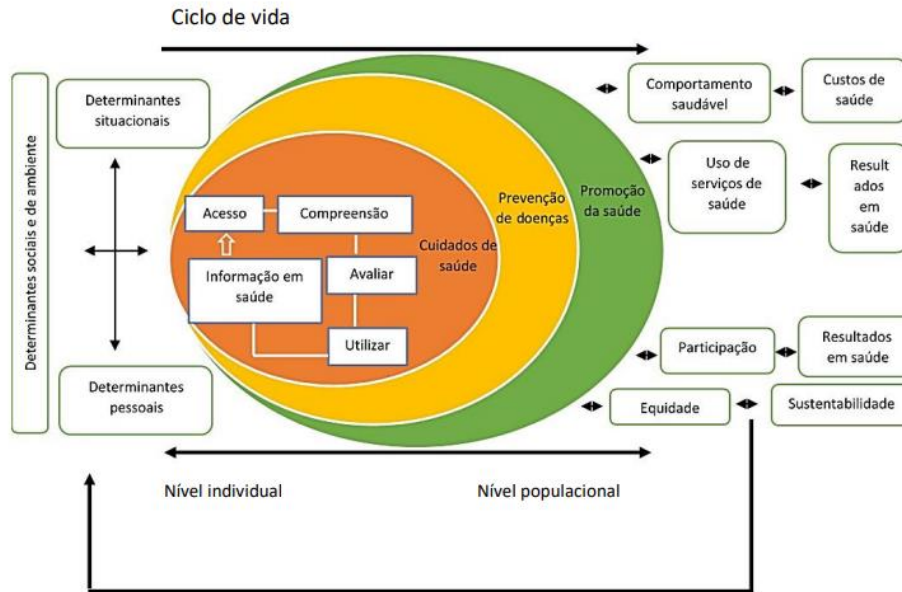


Figura 3 - Modelo Integrado de Literacia em saúde. Fonte: Santos, E. S. Q. D. (2021). *Literacia em Saúde Na População do Ensino Superior Da Universidade de Coimbra*. Tese de Mestrado. FEUC, pp. 10.

Esta combinação de quatro dimensões de informação em saúde com os 3 domínios cria uma matriz de 12 dimensões de literacia em saúde (Quadro 1).

	Aceder/Obter informação relevante para a saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar/Julgar/Avaliar a informação relevante, para a saúde	Aplicar/Utilizar a informação relevante para a saúde
Cuidados de Saúde	Capacidade de acesso a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	Capacidade de compreensão da informação médica e do seu significado	Capacidade de interpretação e de avaliação de informações médicas	Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção de Doenças	Capacidade de acesso a informação sobre fatores de risco	Capacidade de compreensão dos fatores de risco e do seu significado	Capacidade de interpretação e de avaliação de informações relacionadas com os fatores de risco	Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção de saúde	Capacidade de atualização sobre questões de saúde	Capacidade de compreensão da informação relacionada com a saúde e do seu significado	Capacidade de interpretação e de avaliação de informações sobre questões relacionadas com a saúde	Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

Quadro 1 - Matriz com quatro dimensões de literacia em saúde aplicadas a 3 domínios da saúde. Adaptado de Sørensen et al. (2012), pp.10.

Em adição aos componentes da literacia em saúde, o modelo também mostra as principais consequências e antecedentes.

Entre os fatores que influenciam a literacia em saúde é realizada uma distinção entre fatores mais distais e proximais. São considerados fatores distais: determinantes sociais e ambientais como a situação demográfica, a cultura, a linguagem, a política e os sistemas sociais. Os fatores proximais estão mais relacionados com determinantes pessoais (sexo, idade, raça, educação, ocupação, rendimento) e determinantes situacionais (o apoio social, a família, a influência dos amigos, o uso dos *media* e o ambiente físico).

Segundo Sorensen et al. (2012) revela-se de uma perspectiva indagadora este modelo pela integração de definições e conceptualizações anteriores existentes de literacia em saúde num modelo abrangente. Referencia-se similarmente as principais dimensões da literacia em saúde, assim como os seus determinantes e o trajeto para os resultados em saúde.

2.3 Importância da Literacia em Saúde

A literacia em saúde leva à melhoria da autoavaliação do estado de saúde, custos menores em saúde, aumento do conhecimento, hospitalizações mais curtas e a uma utilização menos recorrente dos serviços de saúde (Sørensen et al., 2012).

A literacia em saúde é um entre vários fatores (e.g. a cultura, as normas sociais, o acesso aos cuidados de saúde) que levam a melhores resultados em saúde e que são derivados da aquisição de novos conhecimentos, atitudes e comportamentos positivos saudáveis e a uma maior autoeficácia (Baker, 2006).

Os indivíduos com baixa literacia em saúde apresentam menor probabilidade de entender a informação provida pelos profissionais de saúde, navegar no sistema de saúde, executar os procedimentos necessários e por fim considerar as orientações determinadas. Uma literacia em saúde inadequada está associada a um baixo conhecimento ou compreensão dos serviços e dos resultados em saúde.

Um nível baixo de literacia em saúde parece associado como fator de risco a diversas doenças: obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e neoplasias. Destaca-se a relação entre níveis inadequados de literacia e taxas de mortalidade mais elevada, particularmente em idosos (Pedro et al., 2016).

Um nível baixo socioeconómico é um fator reconhecido para um nível baixo de literacia. Por sua vez a privação, pobreza e iniquidades sociais são fatores importantes associados com literacia em saúde limitada. Os níveis baixos de escolaridade também são fatores de risco para um nível baixo de literacia (Pedro et al., 2016).

A literacia em saúde afeta desproporcionalmente os idosos, particularmente na utilização e contacto com os serviços de saúde (Quaglio et al., 2017).

Um nível inadequado de literacia em saúde poderá estar associado à baixa compreensão da utilização dos serviços de saúde, a probabilidades mais elevadas de hospitalização, a internamentos mais longos, à requisição de mais exames complementares de diagnóstico e à menor utilização dos serviços preventivos ou de rastreio. A baixa literacia afeta também a medicação e a adesão à terapêutica. Existiria confusão no que se refere à toma de medicamentos, erros na medicação e ao entendimento dos folhetos informativos (Pedro et al., 2016).

Supõe-se que como resultado de uma ineficiente utilização do sistema de saúde e da ausência de comportamentos preventivos haveria um aumento de custos para o sistema (Pedro et al., 2016).

Uma literacia limitada em saúde pode condicionar um maior número de internamentos e uma utilização mais frequente dos serviços de urgência. Pode levar ainda a uma prevalência menor de atitudes que visam a prevenção na área da saúde (Espanha et al., 2016).

Eichler et al. (2009) realizaram uma revisão sistemática da literatura (2.340 pesquisas incluindo 10 estudos utilizados para análise) com o objetivo de avaliar os custos de literacia em saúde limitada e o custo/efetividade das intervenções para melhoria da literacia em saúde limitada. Verificaram que a nível do sistema, o custo adicional de literacia em saúde limitada varia entre 3% a 5% dos gastos totais em saúde por ano. A nível individual, os gastos adicionais por pessoa/ano com literacia em saúde limitada comparada com aqueles com literacia em saúde adequada variou entre 143 e 7.798 US dólares. No entanto, referiu ainda que os dados sobre o custo-efetividade de intervenções para melhorar a literacia em saúde revelaram-se escassos (Eichler et al., 2009).

Para Doyle et al. (2012), diversos estudos demonstraram uma ligação preocupante entre um nível de literacia em saúde limitada e resultados em saúde em vários grupos. Refere como exemplos: uma literacia inadequada em saúde prevê de forma independente a mortalidade de todas as causas e as mortes de origem cardiovascular entre idosos em lares (Baker et al., 2007). A literacia em saúde inadequada está independentemente associada ao mau controlo da diabetes e a taxas mais elevadas de retinopatia em diabetes tipo 2 (Schillinger et al., 2002). O doente com inadequada literacia funcional em saúde tem um maior risco de admissão hospitalar (Baker et al., 2002). A literacia em saúde é um preditor da adesão à medicação em diferentes grupos de doentes, incluindo aqueles com doença cardiovascular (Murray et al., 2004) e HIV (Waite et al., 2008). As crianças asmáticas com pais com baixa literacia em saúde têm taxas mais elevadas de hospitalização e idas à urgência (Dewalt et al., 2007). As mães com literacia em saúde limitada tem menor probabilidade de continuar a amamentar mais de 2 meses (Kaufman et al., 2001).

Um inquérito europeu à literacia em saúde (HLS-EU) realizado em 2011 em 8 países permitiu proporcionar importantes dados na área da investigação. Portugal juntou-se em 2015 com o ILS-PT (inquérito de literacia em saúde).

Foram considerados alguns grupos muito vulneráveis na sociedade portuguesa referente à literacia em saúde. Foram identificadas categorias sociais em que mais de 60% dos inquiridos (com uma representação maior ou igual a 5% da amostra) apresentavam e registaram níveis de literacia em saúde limitados (problemático ou inadequado). Destacaram-se os seguintes grupos: pessoas com ≥ 66 anos; com baixos níveis de escolaridade; com rendimentos até 500 euros; doentes crónicos; com uma má autopercepção da saúde; doentes que frequentaram ≥ 6 vezes os cuidados de saúde primários no último ano e que se sentem limitados por terem alguma doença crónica (Espanha et al., 2016).

Os resultados do inquérito HLS₁₉ (2019-2021) em Portugal, para Arriaga et al. (2022) sugerem um foco estratégico em intervenções que impulsionem a literacia em saúde na sua promoção, na prevenção da doença, nos cuidados de saúde e na navegação nos sistemas de saúde. Os resultados também realçam um gradiente social para literacia em saúde. Consideram-se em risco de baixa literacia em saúde em Portugal: as mulheres, idosos, indivíduos com baixo rendimento económico,

baixos níveis de escolaridade e desempregados. Seria de dar especial atenção a estes grupos em ações na promoção da literacia em saúde.

Este estudo sustenta a necessidade de ir além do desenvolvimento de competências individuais na planificação de iniciativas ou políticas, visando melhoria da literacia em saúde das populações, mas propondo perspectivas integradas e intersetoriais dirigidas aos obstáculos relacionados com a literacia (informação, serviços e cuidados).

Segundo Almeida et al. (2019) é possível melhorar diversas competências com o aumento do nível de literacia em saúde e vantagens para o doente (Figura 4):

- capacidade para pensar criticamente de forma a antecipar problemas de saúde e exibir comportamentos saudáveis;
- capacidade para pensar de forma crítica e encontrar soluções para os problemas de saúde inesperados;
- capacidade de autonomia demonstrando competências para aceder e utilizar de forma crítica e adequada os serviços e informações básicas de saúde;
- capacidade para comunicar eficazmente transmitindo informação sobre saúde de forma organizada;
- formação de cidadãos mais responsáveis e proativos mantendo a comunidade segura e protegida.

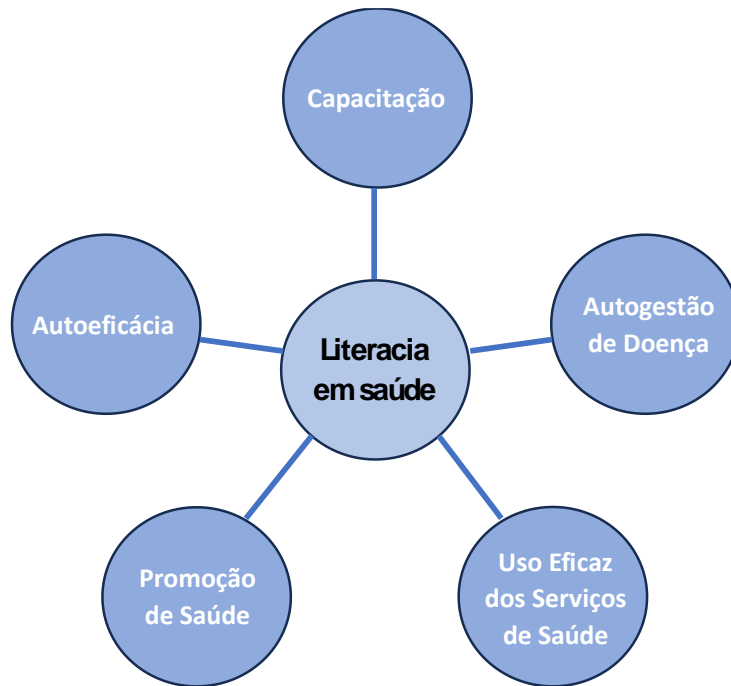


Figura 4 - Literacia em saúde - vantagens. Um guia para os pacientes. Adaptado de Doyle et al (2012). pp. 15.

O investimento em saúde requiere um esforço duplo. A educação e a formação de adultos pode aumentar a literacia em saúde individualmente. No entanto, o impacto mais significativo poderá ser obtido através de respostas crescentes dos sistemas de saúde face às necessidades dos doentes e das populações. Trata-se de uma mudança de paradigma. A mudança dos sistemas de saúde é necessária para lidar com as complexidades das pessoas contrariando a necessidade das pessoas trabalharem com sistemas complexos. Trata-se de uma transformação do sistema de saúde centrada nas pessoas (Sorensen, 2019a).

2.4 Medição de Literacia em Saúde

As medições da literacia em saúde são necessárias para permitir avaliar as competências pessoais e sugerir estratégias e intervenções promissoras. Deve-se reconhecer que a avaliação da capacidade de literacia depende da sua definição e da forma como os resultados podem ser utilizados. A avaliação da literacia em saúde tem evoluído ao longo dos anos e assumiu diversas formas (Nielsen-Bohlman, 2004)

Pleasant et al. (2019) numa pesquisa na *Medline* utilizando a palavra-chave “*health literacy*” e o acrónimo ou identificador chave de ferramenta verificou que em termos de número total de citações TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in adults*) e REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) foram os mais frequentes. Em seguida por ordem decrescente surge NVS (*Newest Vital Sign*); BHLS (*Brief Health Literacy Scree*); SILS (*Single Item Literacy Screener*); eHEALS (*eHealth Literacy Scale*); HLS-EU (*European Health Literacy Survey-Consortium 2012*) e HLQ (*Health Literacy Questionnaire*).

A maioria destas ferramentas são baseadas em autoquestionários, enquanto os mais antigos, TOFHLA, REALM e NVS, tentam uma abordagem mais objetiva à medição. O TOFHLA avalia o conhecimento em saúde e capacidades numéricas; o REALM avalia a capacidade para pronunciar uma palavra escrita em voz alta e o NVS é baseado na informação num rótulo de nutrição de um gelado (Pleasant et al., 2019).

Os instrumentos mais utilizados na medição do nível de literacia em saúde são: *Test of Funcional Health literacy in Adults* (TOFHTA); o *Rapid Estimate of Adults Literacy In Medicine* (REALM) e *Newest Vital Sign* (NVS). (Pedro, 2016). Estes instrumentos como se têm centrado principalmente na avaliação de competências cognitivas para aferir os níveis de literacia das populações revelaram ser insuficientes para a medição da literacia em saúde, de acordo com o conceito mais atual (Pedro et al., 2016).

Serão referidos apenas alguns instrumentos de medição da literacia em saúde.

NVS

O NVS avalia a literacia em saúde baseada na informação nutricional num rótulo de gelado. É composto por 6 questões e demora cerca de 3 minutos a concluir. Foi considerado fiável com um *alfa de Cronbach* (>0.76 em inglês e 0.69 em espanhol) e correlaciona-se com o TOFHLA. Os pacientes com mais de 4 respostas corretas têm baixa probabilidade de ter literacia baixa, enquanto aqueles com menos de 4 respostas corretas têm maior probabilidade de ter literacia limitada (Weiss et al., 2005).

Foi realizada a tradução e adaptação cultural para Portugal do NVS da versão original inglesa. A fiabilidade foi considerada aceitável com *alfa de Cronbach* entre 0.67 e 0.83 . No referido estudo, constatou-se que níveis baixos de literacia se correlacionavam com uma baixa autoeficácia e pior IMC (índice de massa corporal) e que nos idosos é maior a probabilidade de literacia em saúde limitada (Martins et al., 2014).

TOFHLA

O TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in adults*) consiste em 50 itens de compreensão de leitura e 17 de capacidade numérica. Demora a realizar cerca de 22 minutos. Apresenta uma boa correlação com REALM e o WRAT (*Wide Range Achievement Test*) com um coeficiente de correlação 0.74 e 0.84 , respetivamente. Parker et al. (1995) consideraram-no um indicador válido e de confiança para avaliar a capacidade de leitura de conteúdos relacionados com a saúde. Existem diversas versões.

REALM

O REALM é um teste de reconhecimento que afere a capacidade de pronunciar palavras médicas comuns, termos acessíveis de partes do corpo e doenças (Murphy et al., 1993).

Em 1991, Davis et al. desenvolveram o primeiro instrumento de avaliação da literacia em saúde em cuidados primários, educação do paciente e em cenários de pesquisa médica. Foi inicialmente concebido como um teste de reconhecimento de

125 palavras para identificar pacientes com baixos níveis de literacia. Aos doentes é pedido para pronunciar as palavras em voz alta e são classificados pela pronúncia correta ou incorreta. A pontuação é convertida em graus correspondendo a níveis de escolaridade. Demorava 3 a 5 minutos e apresenta teste de fiabilidade *test-retest* de 0.98. Em 1993, Davis et al., desenvolveram um questionário mais abreviado. Mantiveram a fiabilidade *test-retest* em 0.99 (Mancuso, 2009, pp. 78).

O teste revisto contém 66 palavras dispostas em 3 colunas em ordem ascendente do número de sílabas de dificuldade crescente. O teste demora cerca de 2 a 3 minutos a realizar e a pontuar. É uma ferramenta prática para a utilização por profissionais de saúde ocupados (Murphy et al., 1993).

eHEALS

O *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) compreende 8 itens pontuados numa escala de 5 de *Likert*. Foi inicialmente desenvolvido em inglês, antes do crescimento da *web* móvel. Foi avaliado em 18 línguas diferentes e em 26 países, incluindo diferentes populações (jovens, adultos, idosos, doentes, saudáveis, etc.). Com a evolução de tecnologias de comunicação iterativa na *internet*, desenvolveram-se instrumentos de segunda geração (e-HLS, eHLA, DHLI, eHLQ e o TeHLI) para a medição de uma gama mais vasta de conceitos de literacia digital em saúde, tornando-os mais adequados para a era social e dos *media* da *eHealth* (Lee et al., 2021).

HLS - EU – Q47

O questionário HLS - EU foi uma das conquistas do projeto de literacia em saúde realizado entre 2009 e 2012. Foi gerido pelo *Consortium* HLS-EU tendo um papel relevante a Universidade de Maastricht (Sørensen et al., 2012).

Este inquérito de medição da literacia em saúde é composto por 47 questões, de acordo com o modelo conceptual que incorpora 3 domínios: Cuidados de Saúde (16 questões); Promoção da Saúde (16 questões) e Prevenção da Doença (15 questões). Integra quatro níveis de abordagem da informação essenciais na

tomada de decisão: acesso, compreensão, avaliação e utilização. A combinação dos referidos níveis com os domínios estrutura-se num quadro com 12 subíndices de avaliação da literacia em saúde. Construído como um instrumento que mede a literacia em saúde por autopercepção e reflete o grau de dificuldade através de uma escala de 4 valores (muito fácil, fácil, difícil e muito difícil) (Pedro et al., 2016).

Em 2014, foi aplicado em Portugal o HLS-EU. A fiabilidade do inquérito baseada no coeficiente de *alfa de Cronbach*, na escala dos 47 itens foi de 0.96. Consideram-se os coeficientes de muito bom variando entre 0.90 e 0.96 *alfa de Cronbach* para a literacia em geral e subíndices (Pedro et al., 2016).

O HLS-EU-Q47 é um instrumento eficiente para medição da literacia em saúde, no entanto, apresenta-se muito longo para efeitos de rastreio. Para tal efeito formulários mais abreviados foram desenvolvidos. Uma equipa de Consorcio Europeu desenvolveu o HLS-EU-Q16 e HLS-EU-Q6 baseadas na teoria de resposta ao item e na análise de *Rasch*. A matriz HLS-EU-Q16 é representada pelos 16 itens exceto pela célula referente “aplicação de informação” relacionada com “promoção da saúde” . Uma equipa utilizando dados de questionários desenvolveu em Taiwan um questionário abreviado de 12 itens (HL-SF12), baseado na matriz do HLS-EU. Foi também desenvolvido na Noruega uma versão curta - HLS-Q12 (Pelikan et al., 2019).

A utilização do questionário HLS-EU-Q16 demora em média 3 minutos e a utilização do HLS-EU-Q6 demora cerca de 1 minuto, por oposição ao HLS-EU (10 minutos) (Pelikan et al., 2014).

HLS-EU-Q16

O questionário HLS-EU-PT-Q16 é uma forma abreviada do HLS-EU-PT-Q47 e é composto por 16 itens provenientes dos 47. Considera os mesmos 3 domínios: cuidados de saúde (questão 1 a 7), prevenção da doença (questão 8 a 12) e promoção da saúde (questão 13 a 16).

Foram analisadas as características psicométricas da versão portuguesa do HLS-EU-Q16 e HLS-EU-Q6 derivadas do longo HLS-EU-Q47 já validado em Portugal. Uma análise de correlação de *Spearman* foi realizada entre os itens e a pontuação. A correlação entre G-HL47 e G-HL16 foi 0,95 ($p < 0,001$) e entre G-HL16 e HLS-EU-

PT-Q6 foi perfeita. A consistência interna revelou um *alfa* de *Cronbach* de 0,89 para o HLS-EU-PT-Q16 global; 0,783 para o subdomínio de cuidados de saúde; 0,724 para a prevenção da doença e 0,703 para a promoção da saúde (Pedro et al., 2023).

O HLS-EU-PT-Q16 e o HLS-EU-Q6 são concisos e apresentam propriedades psicométricas adequadas para medir a literacia em saúde na população portuguesa, no entanto maiores similaridades são encontradas entre o questionário de HLS-Q-47 itens e o HLS-Q 16 (Pedro et al., 2023).

2.5 Literacia em Saúde em Portugal

Em 2018 foi fundada a M-POHL (*Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy*) sob autoridade da *World Health Organization's European Health Information Initiative*. O seu primeiro estudo foi *Health Literacy Population Project - 2019-2021* (HLS19). Portugal optou por adotar o HLS19-Q12. Cerca de 20 países (incluindo Portugal) assumiram o compromisso em participar no HLS19. A DGS em consonância com o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 realizou um estudo sobre a literacia em saúde da população portuguesa.

Surgiu um novo questionário em versão portuguesa (HLS19) de literacia em Saúde. Adicionaram-se módulos opcionais sobre literacia em saúde digital, navegação no sistema de saúde e literacia em saúde de vacinação. O questionário genérico utilizado no HLS19 foi construído baseado no HLS-EU-Q47, tendo em consideração os 3 domínios específicos da literacia em saúde (promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde), assim como as quatro dimensões (acesso, compreensão, avaliação e aplicação) (Arriaga et al., 2021).

Este estudo resultou de um total de 1.525 entrevistas telefónicas completas (população residente em Portugal Continental, com idade igual ou superior a 16 anos, com número de telefone fixo ou telemóvel) entre os dias 10 de dezembro de 2020 e 13 de janeiro de 2021. A amostra final ficou com 1.247 casos válidos. Este estudo foi constituído pela população residente em Portugal Continental, com idade ≥ 16 anos, com número de telefone fixo ou telemóvel. Esta amostra é composta por 643 (52%) mulheres e 604 (48%) homens, com média de idade de $46 \pm 16,7$ anos, num mínimo de 16 anos e máximo de 87 anos, com o ensino secundário como o grau de educação mais frequente (31%) e empregados à data da entrevista (55%) (Arriaga et al., 2021).

Verificou-se a existência de uma proporção maior de inquiridos com níveis elevados de literacia em saúde (suficiente e excelente) do que com níveis baixos (problemático ou inadequado) (Figura 5).

Resultados:

- 65% (813) apresentaram um nível suficiente de Literacia em Saúde;
- 5% (63) apresentaram um nível excelente;
- 7,5% (94) foram classificadas com um nível inadequado;
- 22% (277) foram classificadas com um nível problemático.

Literacia Geral em Saúde - Portugal

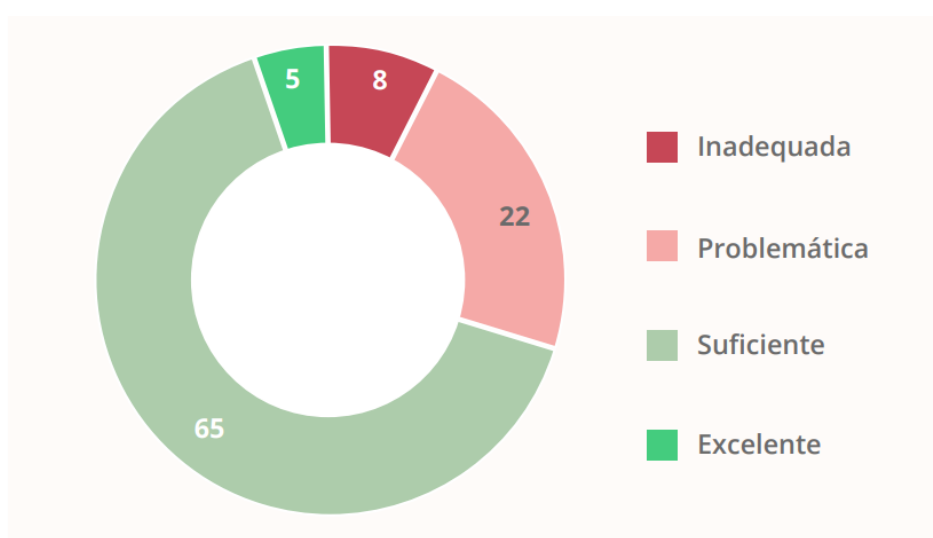


Figura 5 - Níveis de literacia geral em saúde – Portugal. Fonte: Arriaga et al. (2021), *Levels of health literacy*, DGS, pp. 9. Obtido em setembro 7, 2023, de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35112/1/Arriaga_et_al._2021.pdf

Dimensões da Literacia em Saúde

Relativamente às dimensões da literacia em saúde, a dimensão da promoção da saúde é aquela em que as pessoas apresentam níveis mais elevados de literacia em saúde revelando uma percentagem de nível suficiente de 71,6%, comparando com 54,6 % para cuidados de saúde e 54.1% com prevenção da doença (Figura 6).

Dimensões da Literacia em Saúde – Portugal

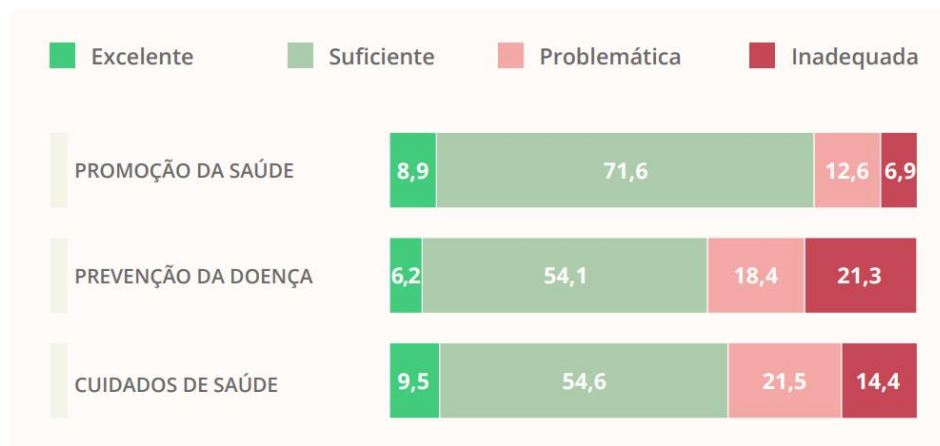


Figura 6 - Dimensões da literacia em saúde - Portugal. Fonte: Arriaga et al. (2021), *Levels of health literacy*, DGS, pp. 10. Obtido em setembro 7, 2023, de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35112/1/Arriaga_et_al._2021.pdf

Competências específicas da Literacia em Saúde

A compreensão da informação relativa a saúde é a competência em que são apresentados níveis mais elevados de literacia em saúde, com 72,2% classificados de suficiente em comparação com 65,5% para aplicação, 62,8% para aceder e 60,8% para avaliar a informação relativa à saúde (Figura 7).

Competências específicas da Literacia em Saúde - Portugal

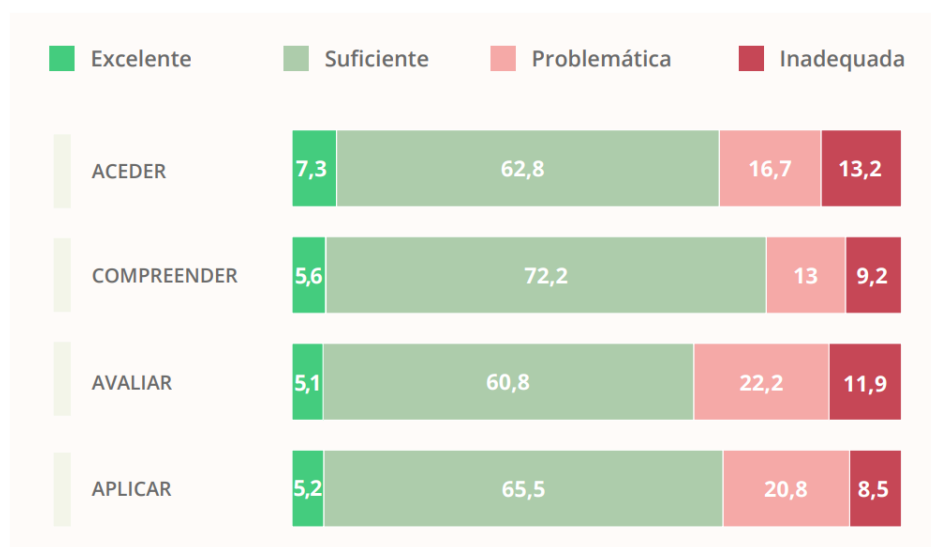


Figura 7 - Competências específicas da literacia em saúde. Fonte: Arriaga et al. (2021), *Levels of health literacy*, DGS, pp. 11. Obtido em setembro 7, 2023, de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35112/1/Arriaga_et_al._2021.pdf

Módulos adicionais de Literacia em Saúde

Nos módulos adicionais de literacia em saúde, existe uma maior facilidade em processar informação relativa à vacinação (8,8% excelente, 62,4% suficiente, 15,5% problemático e 13,7% inadequado).

Apresenta-se mais difícil compreender a informação sobre como navegar no sistema de saúde, com 21,5% considerados de nível problemático e inadequado com 44%, respetivamente. Relativamente à literacia em saúde digital a proporção de problemáticos foi 25 % e 27,7 % inadequados, respetivamente (Figura 8).

Módulos adicionais de Literacia em Saúde - Portugal

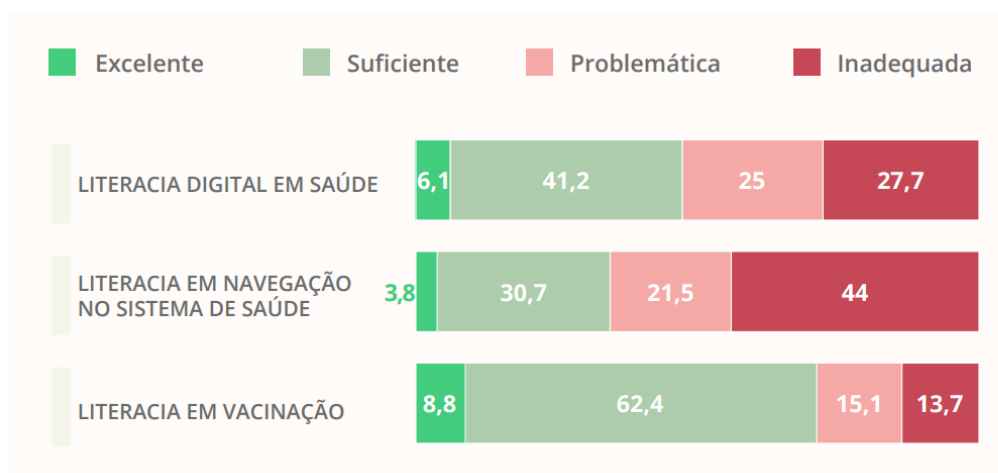


Figura 8 - Módulos adicionais de literacia em saúde. Fonte: Arriaga et al. (2021). *Levels of health literacy*, DGS, pp. 12. Obtido em setembro 7, 2023, de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35112/1/Arriaga_et_al._2021.pdf

Os resultados do HLS₁₉ em Portugal sugerem uma abordagem estratégica focada que melhore a literacia em saúde nas suas diversas vertentes.

Os resultados deste estudo sugerem a existência de um gradiente social para a literacia em saúde. As mulheres, os idosos, os indivíduos com baixos rendimentos económicos, os baixos níveis de escolaridade e os desempregados estão em risco de baixa literacia em saúde (Arriaga et al., 2022).

2.6 Estudo HLS-EU (2019-2021) Europeu

O estudo HLS-EU (2009-2012) sugeriu um modelo conceptual genérico integrado e uma definição compreensiva de literacia em saúde geral com um instrumento de medição abrangente teoricamente baseado. Os dados foram recolhidos e analisados, originalmente por 8 países da união europeia, mas também foram replicados em muitos estudos de seguimento individuais em países europeus e em alguns países asiáticos. Os resultados destes estudos demonstram relevância abrangente da literacia em saúde geral para a saúde pública e políticas de saúde. Por isso, o *WHO's report Health Literacy: The solid facts (2013)* aconselha a medição regular e padronizada da literacia em saúde geral, assim como de literacia em saúde organizacional em populações. O *M-POHL (Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy)* desde 2018 segue estas recomendações e iniciou o *Health Literacy Survey 2019-2021 (HLS19)*.

Este inquérito transversal multicêntrico foi realizado em 17 países da região europeia da WHO: Áustria (AT), Bélgica (BE), Bulgária (BG), República Checa (CZ), Dinamarca (DK), França (FR), Alemanha (DE), Hungria (HU), Irlanda (IE), Israel (IL), Itália (IT), Noruega (NO), Portugal (PT), Federação Russa (RU), Eslováquia (SK), Eslovénia (SI) e Suíça (CH) (HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021, pp. VI).

2.6.1 Literacia em Saúde Geral – Europa

De todos os países participantes, cerca de 40% dos inquiridos tem um nível suficiente de literacia em saúde e cerca de 15% tem um nível excelente. Em contrapartida, cerca de 33% tem um nível problemático e 13% um nível inadequado de literacia em saúde (Figura 9)

Os níveis de literacia em saúde geral são variáveis nos diversos países: inadequada entre 4% (AT) e 27% (BE); problemática entre 18% (SI) e 48% (DE); suficiente entre 23% (DE) e 65% (PT) e excelente entre 5% (DE e PT) e 29% (IE). (Figura 9). Foi utilizado neste inquérito o HLS19-Q12 (*The Health Literacy Population Survey 2019 -12 Questions*).

Percentagem de inquiridos por nível de categoria de Literacia em Saúde Geral para cada país e a média de todos os países (HLS19-912)

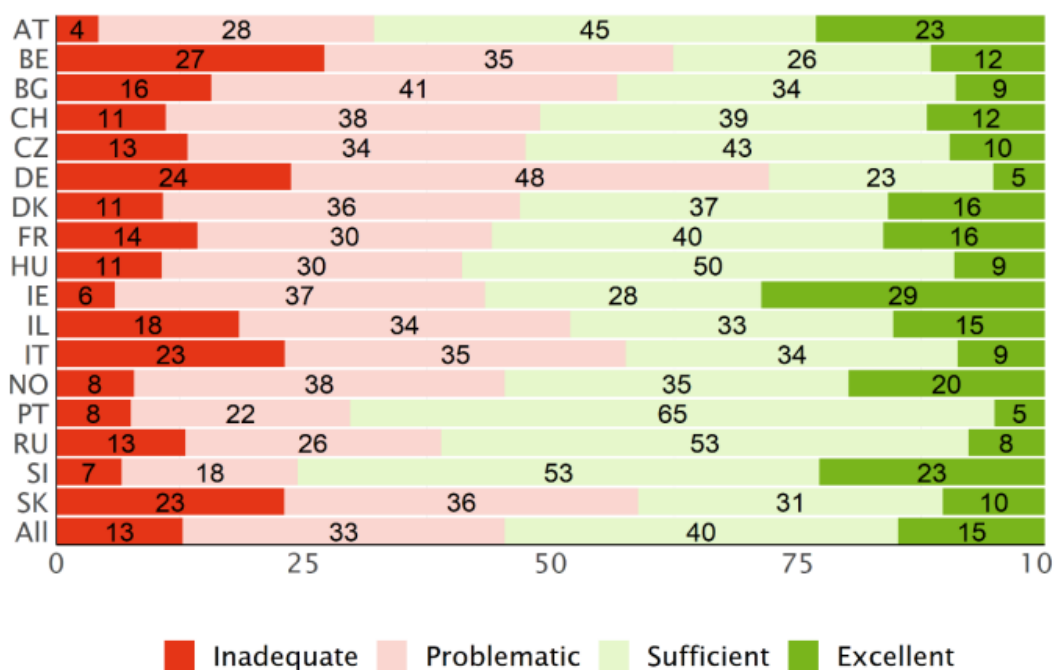


Figura 9 - Percentagem de inquiridos por nível de categoria de literacia em saúde geral medidos pelo HLS-19-Q12 para todos os países e a média de todos os países. Fonte: *HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL*, (2021), pp. 107. Obtido em setembro 4, 2023, de <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>

2.6.2 Literacia em Saúde – Navegação no Sistema de saúde

“A Literacia em Navegação em Saúde (HL-NAV) refere-se ao conhecimento das pessoas, motivação e capacidades para aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação e a comunicação de diversas formas necessárias para navegar adequadamente nos sistemas e serviços de saúde, de forma a obter os cuidados de saúde mais adequados para si ou pessoas relacionadas” (Griese et al., 2020, pp. 6). A HL-NAV é conceptualizada em 3 diferentes níveis. A nível do sistema importa a organização, função e funcionamento do sistema de saúde. A nível organizacional, os pacientes e utilizadores tem de organizar a informação como requisito para tomar decisões na utilização dos serviços de saúde da forma mais adequada. O nível interacional reforça a necessidade em assumir um papel mais ativo no processamento da informação acerca de saúde.

A navegação em saúde envolve a articulação de preferências, assim como a capacidade de obter informação dos profissionais e serviços de saúde de forma a participar em decisões e planear a utilização posterior de cuidados de saúde (Griese et al., 2020).

Relativamente à literacia em saúde referente à navegação no sistema de saúde, em média 45% dos itens foram respondidos como difícil ou muito difícil por todos os inquiridos. A percentagem variou de 33% (AT, SI) para 59% (DE) (Figura 10).

Percentagem Média de Padrões de resposta (APRP) para os itens do HLS19-NAV

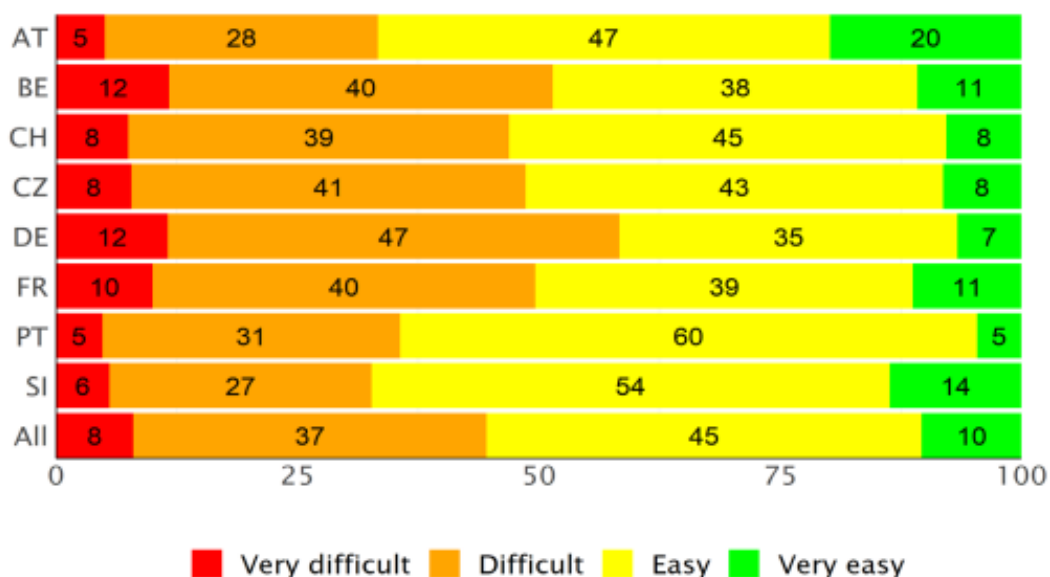


Figura 10 - Literacia em saúde - navegação no sistema de saúde. Padrões de percentagem de resposta média (APRP) para os itens às categorias: muito difícil, difícil, fácil e muito fácil dos 12 itens do HLS19 - NAV para cada país e a média de todos (igualmente ponderados). Fonte: *HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL*, (2021), pp. 209. Obtido em setembro 4, 2023, de <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>

2.6.3 Literacia em Saúde – Literacia Digital

O conceito Literacia Digital em Saúde (HL-Digital) refere-se à utilização relacionada com a saúde de tecnologias digitais atuais e recursos, como o *social media*, *apps* de saúde, *wearables* e o registo ou interações com fornecedores de saúde. Este conceito adotado no HLS19 é baseado no modelo conceptual, definição, entendimento, compreensão e matriz original proposta pelo *Consortium HLS-EU* (Sorensen et al., 2012).

A HL-Digital para a promoção de saúde inclui “a capacidade para procurar, aceder, entender, avaliar, validar e aplicar informação *online* de saúde. Inclui a capacidade para formular e colocar questões, pensamentos ou sentimentos na utilização de dispositivos digitais” (*HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL - 2021*, pp. 278).

Em média 8% (2% a 18%) das tarefas da escala HL-DIGI foram respondidas como muito difíceis e de 25% a 40% como difíceis. Deste modo, dependendo de cada país, de 22 % a 58% das tarefas foram vividas como difíceis ou muito difíceis. No que concerne a populações vulneráveis à literacia digital em saúde, foram considerados os inquiridos com mais de 75 anos, os participantes que entendiam a sua saúde como má ou muito má e aqueles com baixo nível educacional (Figura 11).

Em suma o HLS19-DIGI foi validado em 19 países, incluindo Portugal. A relevância da literacia digital em saúde foi demonstrada por uma proporção de população adulta em geral com literacia limitada, por um gradiente social para literacia digital em saúde; a associação entre literacia digital em saúde e o estado de saúde e a utilização de serviços de saúde (*HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021*, pp. 307, 308).

Literacia Digital em Saúde - Padrões de percentagem resposta média (AVPR) para a escala HL - DIGI para cada país

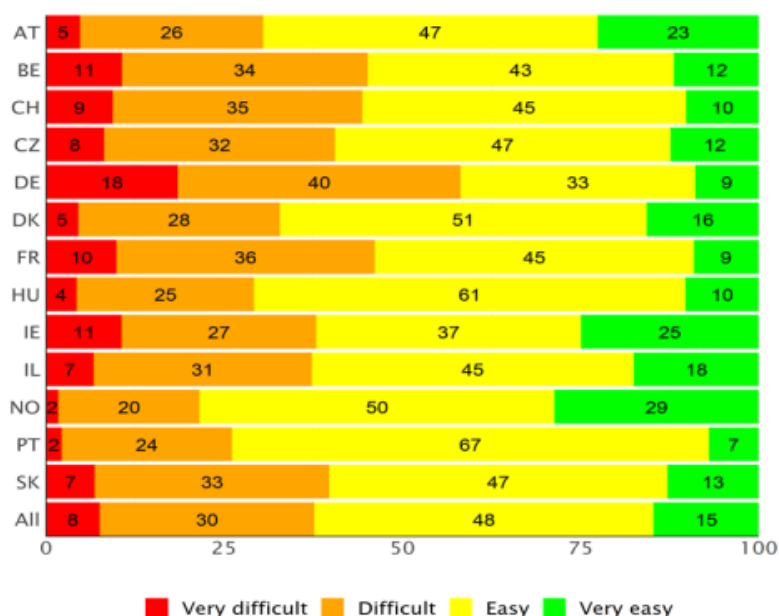


Figura 11 - Literacia digital em saúde. AVPR para a HL-DIGI para cada país e a média de todos os países (igualmente ponderada). Fonte: *HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL*. (2021), pp. 284. Obtido em setembro 4, 2023, de <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>

2.6.4 Literacia em Saúde – Literacia em Vacinação

A Literacia em Saúde em Vacinação refere-se ao conhecimento individual, motivação e capacidade para encontrar, entender e avaliar informação relacionada com as imunizações de forma a tomar decisões sobre imunizações adequadas (Sorensen et al., 2012; Zhang et al., 2020). Tornou-se um tópico com cada vez maior interesse desde a pandemia e a vacinação contra o Covid-19. Avaliar a informação sobre vacinação é uma tarefa difícil na maior parte dos países. O problema persiste, realçando-se o facto de que tratar com informação sobre vacinação não é fácil para todas as populações, exceto para Portugal (PT).

Em todos os países 4.4% dos inquiridos classificou todos os 4 itens da literacia em saúde em vacinação como muito difícil e um quarto dos participantes classificou-a como muito difícil ou difícil em todos os itens. A percentagem de respostas de muito difícil ou difícil varia entre países de 17.8% (HU) a 44.5% (BG) exceto PT (12,3%)

(Figura 12) *HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL* (pp. 314, 323, 328).

Literacia em Saúde – Vacinação. Percentagem Média de Padrões de resposta (APRP) para cada país

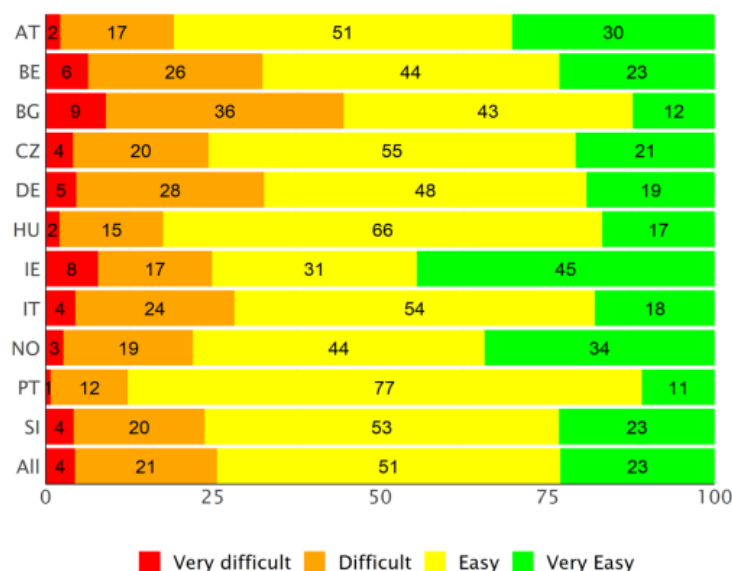


Figura 12 - Literacia em saúde – vacinação. Percentagem Média de Padrões de resposta (APRP) para os itens de vacinação e a media para todos países (igualmente ponderada). Fonte: *HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL*. (2021), pp. 324. Obtido em setembro 5, 2023, de <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

Finalmente, o HLS19 confirma os resultados anteriores de que existe um gradiente social através de vários países que se modifica numa extensão variável e que o nível de autopercepção na sociedade e a privação financeira são fortes preditores.

Foram identificadas as subpopulações vulneráveis em desvantagem com risco de baixa literacia em saúde e suas médias nacionais. Ter uma má autopercepção de saúde, estar privado economicamente e ter um baixo nível na sociedade foram indicadores para baixa literacia geral e específica em saúde. Os indivíduos com um nível baixo de educação, têm em média uma baixa literacia em saúde geral, digital e em vacinação. Para investigar o gradiente social, os indicadores sexo, idade, educação, percepção do estatuto social e privação financeira foram usados num modelo de regressão linear. Um gradiente social foi demonstrado para todos os países, apesar da diferença entre eles. O preditor mais forte no modelo para um

gradiente social foi privação financeira e a autopercepção do nível na sociedade para todas as literacias da saúde. Alguns indicadores relevantes foram a educação para navegação, comunicação e vacinação assim como a idade para literacia em saúde digital (*HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021*).

Relativamente ao relatório HLS19 (2019-2021) na área da literacia em saúde geral foram consideradas que as políticas de saúde deveriam incluir investimento em estudos longitudinais, medindo e monitorizando a literacia em saúde na população e que deveriam implementar sistematicamente medidas para melhorar a literacia em saúde. Estas intervenções deveriam ter como alvos grupos de alto risco para a literacia em saúde para reduzir o intervalo entre eles. As intervenções para melhorar a literacia em saúde devem-se focar nas quatro dimensões (acesso, compreensão, avaliação e utilização) e nos domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde). Para intervenções relativas a tarefas específicas e concretas relativa a literacia em saúde, devem-se priorizar as mais difíceis. A qualidade da informação em saúde na comunicação social deveria ser melhorada.

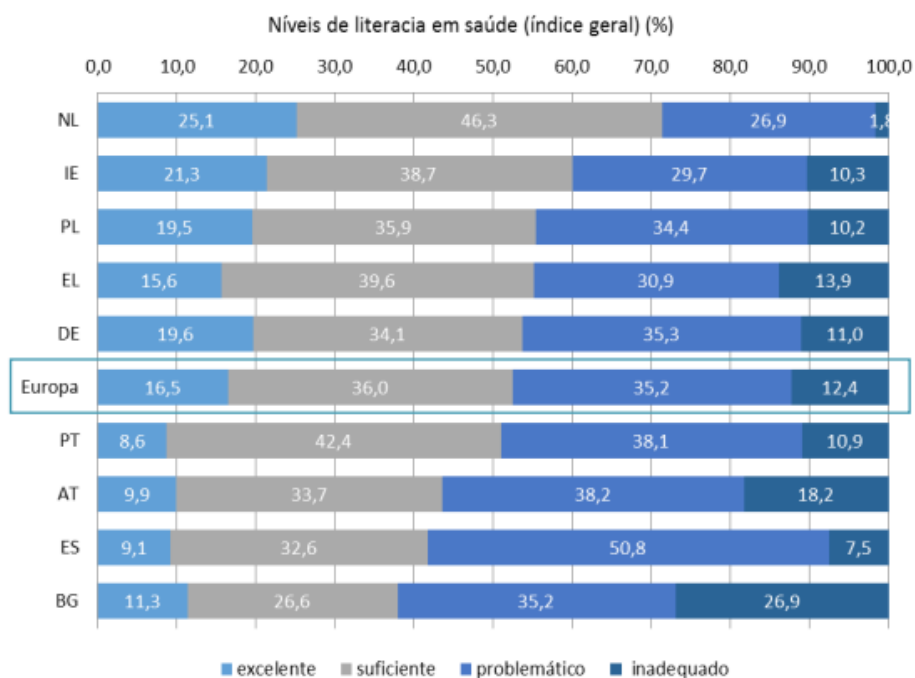
As intervenções para melhorar a literacia em saúde relativa ao estado mental deveriam ser priorizadas e apoiadas por estudos específicos. Para todos os resultados, existiram variações consideráveis nos diversos países, o que confirma que a literacia em saúde é um conceito contextual e deve ser medido para cada país. Devido aos diferentes métodos e tempos de recolha de dados, as diferenças individuais entre países devem ser interpretadas com precaução (*HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021, pp. VII, VIII*).

2.7 Literacia em Saúde em Portugal e Europa - 2016

Vamos estabelecer algumas considerações sobre o inquérito anterior em literacia em saúde. O Inquérito Europeu à Literacia em Saúde (*HLS-EU - European Health Literacy Survey*) realizado em 2011 conduziu a relevantes desenvolvimentos no âmbito de investigação. Participaram neste estudo os seguintes países europeus: Áustria, Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Holanda e Polónia. Utilizou-se metodologicamente a construção e a aplicação de um questionário similar para recolha de informação. A utilização do mesmo instrumento (questionário com uma base de 47 questões idênticas) nos vários países participantes assegurou a comparabilidade dos resultados a nível europeu. Portugal juntou-se a esta iniciativa em 2015, com uma amostra representativa da população portuguesa e com novos módulos de questões, visando assim aprofundar a investigação sobre literacia em saúde (Espanha et al., 2015).

De acordo com os resultados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016, (ILS-PT), comparando com os países participantes no *Health Literacy Survey EU 2014* (HLS-EU), Portugal é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de literacia em saúde, em relação ao índice geral HL (8,6%), sendo a média europeia 16,5%. Encontra-se em 2º lugar em relação à percentagem de pessoas com nível suficiente de literacia em saúde (42,4%), considerando que a média europeia foi 36%. Em relação à percentagem de inquiridos com um nível problemático de literacia em saúde, Portugal apresentou neste estudo um valor de 38,1%, superior à média europeia (35,2%). Com o nível inadequado, apresentou um valor inferior de 10,9% que se revelou inferior ao da média europeia (12,4%) e 50% dos portugueses têm um nível de literacia excelente ou suficiente (Figura 13).

Níveis de literacia em saúde (índice geral), em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%)

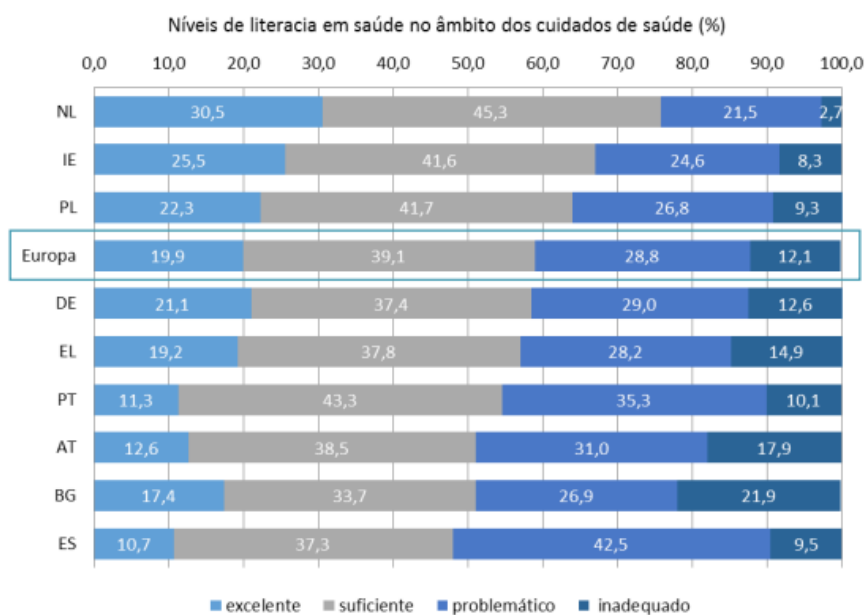


NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria; ES - Espanha; BG - Bulgária

Figura 13 - Níveis de literacia geral em saúde em Portugal e nos restantes países participantes no HLS-EU. Fonte: Espanha et al. (2016), *Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese*, pp. 8. Obtido em setembro 5, 2023, de <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>

No domínio da literacia em cuidados de saúde, em termos médios europeus, 40,9% (soma dos níveis inadequado e problemático) dos participantes no inquérito HLS-EU revelaram limitações. No nível excelente observaram-se 20% (Figura 14). Portugal apresentou no HLS-EU valores de literacia limitada no domínio dos cuidados de saúde (45,4% - soma dos níveis inadequado e problemático).

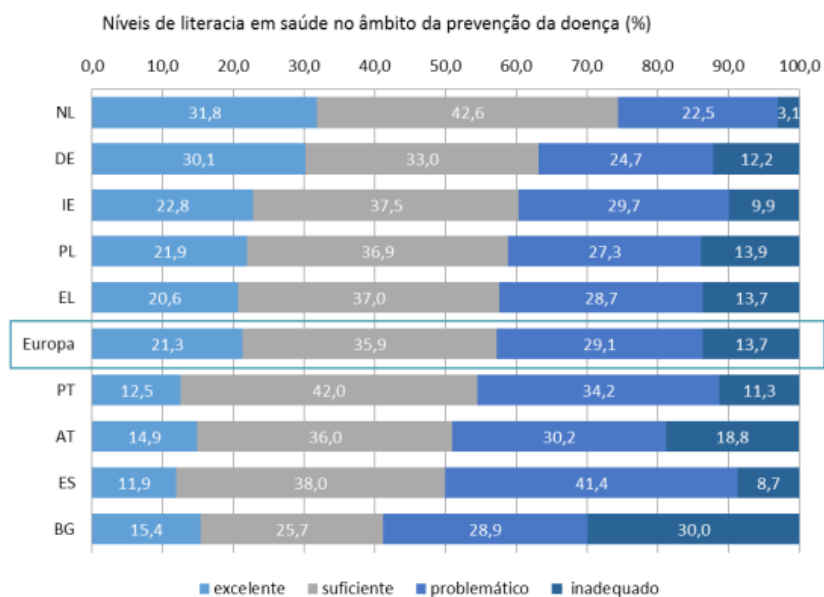
Níveis de literacia em cuidados de saúde, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%)



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

Figura 14 - Níveis de literacia em cuidados de saúde em Portugal e nos restantes países participantes no HLS-EU. *Fonte:* Espanha et al. (2016), *Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese*, pp. 9. Obtido em setembro 5, 2023, de <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>

Em termos médios, os valores do estudo europeu revelam que 45,5% dos inquiridos tem limitações na literacia em saúde relacionada com a prevenção da doença. Portugal, reunindo valores que posicionam o país abaixo dos apresentados para o conjunto dos países participantes no estudo europeu, apresenta 45,5% dos inquiridos em níveis de literacia que indicam limitações no âmbito das competências necessárias para a prevenção da doença (níveis inadequado ou problemático) (Figura 15).

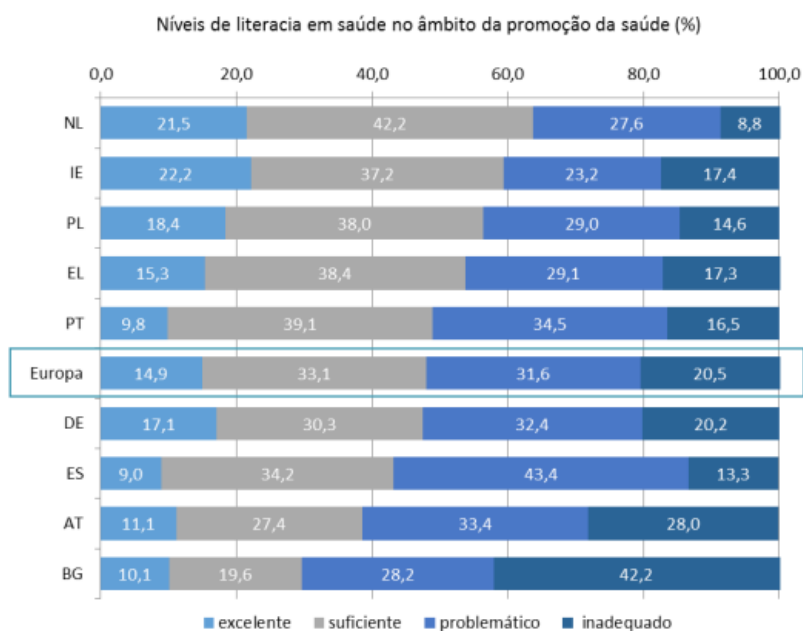


NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria; ES - Espanha; BG - Bulgária

Figura 15 - Níveis de literacia em prevenção da doença em Portugal e nos restantes países participantes no HLS-EU. Fonte: Espanha et al. (2016), *Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese*, pp. 10. Obtido em setembro 5, 2023, de <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>.

Os valores médios referidos nos países participantes no HLS-EU relativamente à literacia no âmbito da promoção da saúde revelaram uma distribuição muito equilibrada, com 52% dos inquiridos nos níveis mais baixos e 48% nos níveis mais elevados. Portugal, neste caso ligeiramente acima dos valores médios dos países participantes no HLS-EU, apresenta 48,9% dos participantes nos níveis mais elevados de literacia no âmbito da promoção da saúde e 51,1% nos níveis reveladores de limitações (problemático e inadequado) (Figura 16).

Níveis de literacia em promoção da saúde, em Portugal e nos países participantes no HLS-EU (%)



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

Figura 16 - Níveis de literacia em promoção da saúde em Portugal e nos restantes países participantes no HLS-EU. Fonte: Espanha et al. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese*, pp. 11. Obtido em setembro 5, 2023, de <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>

2.8 Problemas Musculoesqueléticos

A saúde musculoesquelética refere-se ao desempenho do sistema locomotor abrangendo, músculos, ossos, articulações e tecidos conjuntivos adjacentes. As debilidades musculoesqueléticas compreendem mais de 150 doenças ou problemas diferentes que afetam o sistema locomotor, condicionando limitações temporárias ou permanentes. São tipicamente caracterizadas por dor (frequentemente persistente) e limitações na mobilidade e agilidade, reduzindo a capacidade de trabalho e participação na sociedade. A dor descrita nas estruturas musculoesqueléticas é forma mais comum de dor não oncológica (WHO, 2022).

Os problemas musculoesqueléticos envolvem:

- Articulações, surgindo doenças como por exemplo a osteoartrose, a artrite reumatoide, artrite psoriática, a gota ou a espondiloartrite;
- Ossos, constituindo exemplo as fraturas por traumatismo, a osteoporose, a osteopenia e fraturas secundárias por fragilidade óssea;
- Músculos, resultando patologias como a sarcopenia;
- Múltiplas áreas ou sistemas, decorrendo problemas dolorosos regionais (e.g. dor lombar) e generalizados (e.g. fibromialgia); doenças inflamatórias (doenças conjuntivas ou vasculites) ou condições consequentes a doenças ou traumatismo como amputações (WHO, 2022).

As patologias musculoesqueléticas constituem o maior contributo para as necessidades de reabilitação (2/3 das necessidades de reabilitação em adultos) (Cieza et al., 2019). Coexistem com outras doenças e aumentam o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Williams et al., 2018). São caracterizadas por dor e redução da função física, levando frequentemente a declínio mental significativo. O doente com problemas musculoesqueléticos tem maior risco de desenvolvimento de outras doenças crónicas e aumentar a mortalidade em geral. Muitas destas patologias partilham fatores de risco com outros problemas médicos como a obesidade, a má nutrição e um estilo de vida sedentário (Briggs et al., 2018)

Uma análise de dados de 2019 do *Global Burden Of Disease (GBD)* revelou que aproximadamente 1.71 biliões de pessoas vivem com problemas

musculoesqueléticos incluindo, dor lombar (570 milhões) ou cervical (222 milhões), fraturas (440 milhões), osteoartrite (528 milhões), amputações (180 milhões) e artrite reumatoide (18 milhões). São afetadas pessoas de todas as idades. Os países de maior rendimento são os mais afetados com 441 milhões (Cieza et al., 2019).

Os problemas musculoesqueléticos são o principal contributo mundial para os anos vividos com incapacidade (YLDs - *years of healthy life lost due to disability*), contabilizando aproximadamente 149 milhões de YLDs e representando 17% de todos os YLDs mundiais. A prevalência aumenta com a idade, no entanto os jovens são também afetados no início da sua vida laboral (e.g. por doenças autoimunes). A dor lombar constitui o principal encargo dos problemas musculoesqueléticos (7,4% da globalidade dos YLDs). A dor lombar é também a principal causa de abandono prematuro do trabalho, constituindo a causa principal de incapacidade em 160 países (WHO, 2022).

O impacto social de reforma precoce em termos de custos de saúde diretos e indiretos (absentismo e perda de produtividade) é enorme (WHO, 2022)

A literacia em saúde musculoesquelética requer um conjunto de competências mais avançadas do que aquelas consideradas cruciais para a literacia em saúde geral, dificultando a comunicação entre paciente e cirurgião ortopédico (Rosenbaum et al., 2016a).

Com a capacidade de identificar aqueles pacientes com risco de literacia musculoesquelética inadequada, os cirurgiões ortopédicos terão mais perceção dos doentes que requerem um diálogo e ensino adicional referente à sua situação. Este entendimento irá melhorar a comunicação e relação médico-doente que está associada a uma melhoria de resultados e adesão aos regimes de tratamento (Rosenbaum et al, 2016a).

Foram desenvolvidas ferramentas de avaliação da literacia específicas para diversas especialidades (e.g. cirurgia vascular, colorretal, genética e medicina dentária). Assim como é o caso destas especialidades, a literacia musculoesquelética é definida por competências diferentes e a sua terminologia é complexa. A evolução da doença e as modalidades de tratamento podem não ser compreendidos pelo cidadão comum incluindo aqueles com literacia em saúde

geral adequada. Apesar da existência de diversas ferramentas para avaliação literacia em saúde geral, elas não se aplicam a todas as situações clínicas e podem subestimar a doença e as especificidades da literacia das respectivas especialidades (Rosenbaum et al., 2016a).

Rosenbaum et al. (2013), com o objetivo de identificarem a prevalência e as características demográficas associadas com literacia em problemas musculoesqueléticos desenvolveram um projeto de questionário de literacia em problemas musculoesqueléticos (LiMP). O questionário aborda a capacidade dos indivíduos para compreender e avaliar questões referentes à etiologia, anatomia, diagnóstico e opções terapêuticas de vários problemas musculoesqueléticos.

O questionário LiMP foi considerado um instrumento útil para estimar a literacia musculoesquelética avaliando as competências que são indispensáveis para realizar decisões em relação à saúde musculoesquelética. Foi escrito com um teste de legibilidade de nível 4.2 de *Flech-Kincaid*, como muitas organizações recomendam. Consiste num questionário de 9 questões de escolha múltipla que se completam em 5 a 7 minutos. As questões foram baseadas nos temas mais comuns (anatomia e terminologia; problemas musculoesqueléticos; diagnóstico e tratamento) encontrados no *website* da seção educativa da AAOS (*American Association of Orthopedic Surgeons*). As pontuações (correspondentes ao número de respostas corretas) ≥ 6 foram consideradas indicativas de literacia musculoesquelética adequada e < 6 consideradas literacia musculoesquelética limitada. O seu estudo envolveu 248 participantes que completaram um questionário demográfico, um questionário de literacia em saúde geral - NVS (*Newest Vital Sign*) e o LiMP (Rosenbaum et al., 2015).

A pontuação média do LiMP foi de $4,68 \pm 1,78$ dos possíveis 9 pontos. As questões relacionadas com problemas musculoesqueléticos (1, 5, 7 e 8) foram respondidas corretamente por 47,4%; questões envolvendo diagnóstico e modalidades de tratamento (2 e 9) foram respondidas corretamente por apenas 31,2% e finalmente questões envolvendo anatomia e terminologia (3, 4 e 6) por 65,3%. A literacia limitada (< 6) foi determinada em 69% e a literacia em saúde limitada (NVS < 4) verificou-se em 48% dos inquiridos, respetivamente. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Não se verificaram diferenças significativas na prevalência da literacia musculoesquelética em função da idade, sexo, tipo de

emprego e visita anterior ao médico por queixas musculoesqueléticas. A prevalência de literacia musculoesquelética adequada foi significativamente influenciada pela raça ($p=0,001$) e pela educação ($p<0,001$) (Rosenbaum et al., 2015).

Rosenbaum et al. (2016b) num estudo envolvendo 65 participantes (com > 18 anos) com síndrome do túnel cárpico voltou a utilizar o questionário LiMP. A pontuação média foi de 6 ± 1.4 . A literacia musculoesquelética limitada foi verificada em 34% dos participantes. Não verificou correlação significativa entre a prevalência de literacia adequada e o sexo, a raça, a escolaridade e os antecedentes de emprego anterior na área da saúde. Porém, as mulheres caucasianas com nível de educação superior e aquelas com uma ocupação na área da saúde alcançaram níveis de literacia mais elevados. Uma correlação significativa só foi encontrada entre doentes que já consultaram um médico por patologia prévia musculoesquelética ($p=0,001$).

Rosenbaum et al. (2016c) num estudo envolvendo 56 participantes (>18 anos) com a queixa principal relacionada com o pé ou tornozelo, utilizou do mesmo modo o questionário LiMP. A pontuação média do LiMP foi de $5\pm 2,06$. A literacia musculoesquelética limitada foi verificada em 32% dos participantes. Os participantes caucasianos ($p=0,08$) e com níveis mais elevados de escolaridade ($p=0,04$) apresentaram significativamente maior probabilidade de adequada literacia, respetivamente.

São referidos outros autores que utilizaram o LiMP. Noback et al. (2018) num estudo envolvendo 231 doentes com patologia ortopédica, avaliados num centro médico urbano por um cirurgião da mão ou pé, utilizou o questionário LiMP e um questionário sociodemográfico. A pontuação média do LiMP foi de $5,4\pm 1,8$ e 49% dos participantes apresentaram literacia musculoesquelética limitada. O estudo revelou que o uso de tabaco, não ser caucasiano e ter um nível de escolaridade inferior ao ensino superior estava associada com uma prevalência mais elevada de literacia musculoesquelética limitada ($p<0,05$). Do mesmo modo, Narayanan et al. (2021) realizaram um estudo envolvendo 453 doentes submetidos a artroplastia total do joelho, avaliados num questionário demográfico, LiMP, WOMAC (*Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index*) e a satisfação após artroplastia (realizar a mesma cirurgia de novo?). O estudo revelou que 34,7%

apresentavam literacia musculoesquelética limitada. O valor médio do LiMP foi 5,8 ±1,5. Os doentes com a literacia ME limitada apresentavam um valor mais elevado na escala de WOMAC (pior função) do que aqueles com literacia ME adequada (p=0,001). Os doentes com literacia ME adequada estavam dispostos a realizar a mesma cirurgia de novo. O autor considera que, ao identificar os doentes com piores resultados e pior grau de satisfação (literacia ME limitada), poderá ser dada maior relevância na avaliação das expectativas e no entendimento de medidas para melhorar os resultados e a satisfação geral.

Noutra área ortopédica, Sabbagh et al. (2021) num estudo envolvendo 90 doentes, submetidos a artroplastia do ombro, avaliou o resultado de um questionário demográfico e do LiMP. Verificou a existência de limitada literacia musculoesquelética em 38,8% dos pacientes e constatou a existência de uma relação significativa positiva entre o rendimento baixo e a pontuação em literacia ME adequada no LiMP (p=0,009).

O efeito negativo da literacia em saúde limitada (LSL), os fatores associados na comunicação médico-doente e as expectativas relacionadas com a cirurgia foram referidos na literatura ortopédica. Os doentes com inadequada literacia em saúde tratados numa clínica ambulatória de cirurgia da mão fazem menos questões referentes ao seu estado (Gruson et al., 2023).

A prevalência de literacia musculoesquelética limitada (LML) entre adultos num departamento de urgência foi maior que em literacia em saúde (Rosenbaum et al., 2015).

Dado que muitos fatores associados com LML são referidos com piores resultados e expectativas após cuidados musculoesqueléticos é relevante identificar pacientes de maior risco para melhorar a satisfação dos doentes e potencialmente os resultados clínicos. A literacia em saúde geral limitada (LSL) e musculoesquelética limitada (LML) foram referidas entre doentes avaliados por queixas musculoesqueléticas e afetam de forma adversa as expectativas dos doentes, a adesão ao tratamento e os resultados.

Do mesmo modo, Gruson et al. (2023) referem que cerca de 80% dos estudos referentes à prevalência e aos fatores associados para LSL e LML foram publicados por 2 grupos utilizando o NVS e/ou LiMP. Em 3 estudos que utilizaram

simultaneamente o NVS e o LiMP foi consistentemente demonstrado que a prevalência de LML foi maior que a LSL. Tal facto sugere que as capacidades de literacia requeridas para realizar decisões esclarecidas referentes a problemas musculoesqueléticos excedem aquelas necessárias requeridas para decisões em saúde geral. A compreensão do seu tratamento pode ser melhorada através de intervenções educativas conduzidas de forma a fornecer informação adicional referentes aos cuidados prestados. Enquanto alguns fatores do doente não são modificáveis, intervenções práticas orientadas ao envolvimento ativo e educação musculoesquelética devem ser dirigidas ao doente de modo independente dos seus antecedentes étnicos, educativos ou socioeconómicos (Gruson et al., 2023).

Literacia em saúde e comportamento dos doentes

Devido ao risco dos doentes ortopédicos serem incapazes de receber e entender a informação de saúde, definir a associação entre literacia em saúde e comportamento poderá auxiliar os pacientes que irão beneficiar de orientação. Vários resultados reforçam a necessidade dos cirurgiões envolverem ativamente os doentes facilitando as questões-resposta, apesar do seu grau de entendimento da literacia em saúde, e resistir à ideia de que a falta de questões implica entendimento (Gruson et al., 2023).

Estratégias para melhorar a literacia em saúde

São referidas por Gruson et al. (2023) estratégias de comunicação efetiva para melhorar a qualidade da relação médico-doente: implementação do *Teach-Back*; uso de terminologia simples minimizando a linguagem médica; usos de auxiliares de decisão como gráficos, modelos, figuras, vídeos, etc.; folhetos de informação; *websites* específicos e a demonstração de empatia pelo médico.

Rosembaum et al. (2016a) reforçam a necessidade da comunidade ortopédica familiarizar-se com as estratégias atuais para melhorar a literacia em saúde. A importância da literacia em saúde não deve ser subestimada enquanto existirem disparidades em saúde musculoesquelética preocupantes que requerem atenção. Uma inadequada literacia musculoesquelética indubitavelmente engloba muitos pacientes, sendo necessário um instrumento válido para a sua avaliação. Uma

comunicação efetiva, cuidados centrados no paciente, competências culturais e linguísticas são fundamentais para melhorar a literacia em saúde e interação com os doentes.

Constatou-se uma melhoria significativa da compreensão das indicações após alta em pacientes ortopédicos traumáticos operados após intervenção educativa pictural e através de textos (Tсахakis et al., 2014)

Salienta-se a importância da duração das consultas. Num estudo envolvendo 224 doentes avaliados por cirurgias da mão demonstrou-se que doentes com literacia em saúde limitada (com uma duração média de consulta de 9.3 minutos) tiveram uma consulta com duração média inferior a 1.9 minutos em relação com doentes com adequada literacia em saúde (duração média de 11.3 minutos) (Menendez et al., 2016).

Envolver ativamente os doentes compreende colocar questões durante a consulta para incluir os doentes nos seus tratamentos. A empatia, como já referido, também é reconhecida como um instrumento importante e efetivo para melhorar a comunicação com o doente. A maioria dos estudos envolveu doentes em ambulatório (mão) e doentes em serviços de urgência. A prevalência da literacia em saúde limitada poderá não refletir com precisão as diversas populações existentes na prática ortopédica individual (Gruson et al., 2023).

Contrariamente, Lowe et al., (2013) numa revisão sistemática salientaram a falta de elevada qualidade da efetividade de intervenções educativas em pessoas com níveis baixos de literacia em saúde. Os autores concluíram que os estudos de pesquisa que testem a efetividade de intervenções educativas em doentes com artrite devem recrutar e envolver aqueles com baixos níveis de literacia. Do mesmo modo, Loke et al., (2012) realizaram uma revisão sistemática sobre o impacto da literacia em saúde em pacientes com doença musculoesquelética crónica. Referem que as evidências atuais não demonstram uma associação consistente entre literacia baixa em saúde e resultados funcionais em doentes com problemas musculoesqueléticos crónicos. Na ausência de uma ligação definitiva, esforços para desenvolver intervenções para melhorar literacia em saúde não melhoram necessariamente os serviços de saúde ou resultados relacionados com os pacientes.

3. Métodos

São descritas as várias etapas deste estudo, referidos os métodos e procedimentos utilizados, os objetivos e as hipóteses em estudo. Foi realizada a utilização de instrumentos de medição específicos: o questionário LiMP e o questionário HLS-EU-PT-Q16. Realizou-se a tradução e validação do LiMP, a seleção da amostra e a análise estatística.

3.1 Tipo de estudo

Realizou-se de acordo com os objetivos um estudo observacional, transversal com abordagem quantitativa (dados recolhidos resultantes de um inquérito). Foi também realizada análise correlacional, para explicação da eventual relação entre as variáveis. O estudo foi realizado após obtenção de parecer favorável da comissão de ética da instituição hospitalar.

3.2 Objetivos e hipóteses de estudo

Este estudo teve como objetivo avaliar o nível de literacia em saúde musculoesquelética, o nível de literacia em saúde geral, quais as fontes de informação utilizadas pelos utentes na procura de informação sobre saúde e a caracterização sociodemográfica da amostra. Seguidamente pretendeu-se relacionar a literacia musculoesquelética com a literacia em saúde e algumas características sociodemográficas dos inquiridos (idade, sexo, situação familiar, situação laboral, formação em saúde e seguimento em consultas anteriores).

Foram colocadas as seguintes hipóteses de estudo:

1. Não há relação entre a literacia musculoesquelética e a literacia em saúde em geral.
2. Não há relação entre a literacia musculoesquelética e a idade.
3. As variáveis, literacia musculoesquelética e o sexo, são independentes.

4. As variáveis, literacia musculoesquelética e a escolaridade, são independentes.
5. As variáveis, literacia musculoesquelética e a situação perante o trabalho, são independentes.
6. As variáveis, literacia musculoesquelética e a experiência de trabalho na área da saúde, são independentes.
7. As variáveis, literacia musculoesquelética e os seguimentos em consultas médicas anteriores pela mesma patologia, são independentes

3.3 Instrumentos de medição

Segundo Rosenbaum et al. (2013) o questionário LiMP é um instrumento válido, efetivo e específico na avaliação de literacia musculoesquelética e que produziu resultados consistentes com outros instrumentos de medição validados e específicos para outras patologias. Apresentou uma consistência interna com coeficiente *alfa de Cronback* de 0,59 similar a outros instrumentos de medição validados na área da literacia em saúde.

O LiMP consiste num inquérito de 9 questões de escolha múltipla. As questões foram baseadas nos seguintes temas:

- Anatomia e Terminologia (questões 3, 4 e 6);
- Problemas Musculoesqueléticos (questões 1, 5, 7 e 8);
- Exames de Diagnóstico e Tratamento (questões 2 e 9).

O resultado da soma das pontuações das respostas corretas consideradas:

- ≥ 6 é indicativo de literacia musculoesquelética adequada;
- < 6 é indicativo limitada de literacia musculoesquelética limitada.

HLS-EU-Q16

A versão portuguesa de questionário HLS-EU-Q16 já foi utilizada anteriormente, existindo um recente estudo de avaliação das suas características psicométricas revelando uma consistência interna com um coeficiente *alfa de Cronback* de 0.89 (Pedro et al., 2023).

Para avaliar corretamente a literacia em saúde, devem ser respondidas pelo menos 14 das 16 questões. As respostas aos 16 itens são divididas em “difícil” e “muito difícil” às quais serão atribuídas o valor de 0 e “fácil” e “muito fácil” o valor de 1 (Pedro, et al.,2023).

As respostas “não sei” serão categorizadas com “*missing value*” (Lorini et al., 2017). A soma dos valores atribuídos a cada um dos 16 itens é o nível de literacia individual em saúde. De acordo com a soma final foram definidos 3 níveis de literacia em saúde: adequado (>13); problemático (8 a 12) e inadequado (≤8).

Para realizar uma comparação efetiva entre domínios, os índices foram estandardizados num índice geral (G-HL), uma variável métrica entre 0 e 50 (Lorini et al., 2019; Pedro et al., 2013). O índice geral HL (índice G-HL16) foi calculado da seguinte forma:

$$\text{Índice G-HL16} = (\text{mean}-1) \times (50/3)$$

“*Mean*” - média das respostas dos participantes a todos os itens. Considerando aqueles que responderam a pelos menos 14 itens.

Consideraram-se os seguintes níveis de literacia:

- Inadequado (0-25);
- Problemático (25,1 - 33);
- Suficiente (33,1 - 42);
- Excelente (42,1 - 50).

3.4 Tradução e validação

Foi necessário a tradução e adaptação cultural de um instrumento de medição - o questionário LiMP. Existem diferentes formas para a tradução e adaptação cultural e sequencial (Acquadro et al., 2008; Wild et al., 2005), que envolvem a preparação, tradução, retradução, revisão, pré-teste e revisão linguística final.

O processo foi desenvolvido da seguinte forma:

Preparação – Análise do questionário e pedida a autorização ao autor do questionário LiMP (Rosenbaum) obtido com parecer positivo (Anexo III)

Tradução – O questionário foi traduzido para português por 2 tradutores independentes. As duas traduções foram comparadas de forma a verificar existência de discrepâncias, lapsos ou erros.

Reconciliação: Após comparação das 2 traduções realizadas pelo autor deste estudo e pelo seu orientador resumiu-se uma versão consensual em português. Deu-se relevância à linguagem, significados dos termos técnicos e adequação da tradução.

Retroversão: Procedeu-se à retradução do questionário para a língua inglesa por um tradutor independente e confronto das versões traduzidas e original.

Pré-teste: Realizou-se um pré-teste com 10 doentes aleatoriamente da consulta ou internamento para avaliar a adequação, compreensão ou dificuldade das questões, conformidade do método de recolha de dados e elaboração da versão final. Desta análise não resultaram alterações significativas.

Revisão: A versão final foi revista por 2 médicos do serviço com a categoria de assistente graduados. Não foram reportadas alterações significativas.

Versão final: Foi elaborada a versão final tendo em conta as etapas anteriores.

3.5 Seleção da amostra

Após aprovação da Unidade de Desenvolvimento e Inovação (UDI) da instituição hospitalar e do parecer favorável da Comissão de Ética, foi realizado o inquérito aos pacientes da consulta externa e internamento do serviço de ortopedia. Foram considerados critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, capacidade de entender os textos escritos do inquérito em questão e que aceitaram participar voluntariamente no estudo. O inquérito foi entregue no final da consulta aos doentes de ambulatório ou aos doentes internados e preenchido durante um período aceitável. Foi preenchido anonimamente e colocado numa caixa. Foi também preenchido por todos os doentes um documento de consentimento informado de acordo com regras da Comissão de Ética e colocado em outra caixa diferente.

3.6 Análise estatística

Os dados anonimizados recolhidos foram registados numa base de dados em Excel com acesso único dos autores e mais tarde tratados estatisticamente com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28.

Realizou-se a caracterização sociodemográfica através da estatística descritiva. Recorreu-se ao *alfa de Cronbach* para avaliar a fiabilidade.

Na análise estatística, tendo em consideração a natureza das variáveis utilizadas, foram criados dois grupos: um com literacia ME limitada (<6) e outro com literacia ME adequada (≥ 6). No caso de variáveis numéricas utilizou-se o teste *T de Student* para a diferença de médias e no caso de variáveis nominais ou ordinais o teste Qui-quadrado. Consideramos um erro estatisticamente significativo para $p < 0,05$.

4. Resultados

4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

Foram recolhidos 200 inquéritos anónimos após preenchimento do consentimento informado de acordo com as normas instituídas pela Comissão de Ética da unidade hospitalar. Foram excluídos 5 participantes por ausência de preenchimento de parte relevante do inquérito. A recolha de dados através do inquérito realizou-se entre 15 de junho e 17 de julho de 2023. Os participantes neste estudo eram predominantemente provenientes da consulta externa, representando 85,5% (171 doentes) e em menor número dos internamentos das enfermarias, constituindo 14,5% (29 doentes).

Na caracterização sociodemográfica dos 200 participantes no inquérito verifica-se um predomínio ligeiro do sexo feminino, representando 54% (108 casos). A idade média foi de $50,21 \pm 15,46$ anos, com uma idade mínima de 18 anos e uma idade máxima de 82 anos. Relativamente à situação familiar, a maioria é casado/a ou vive em união de facto (59,5%), seguido de 21,0% de solteiro/as e a minoria corresponde a 3% de separado/as. A maioria tem o ensino secundário completo (28%), seguido de 20% com o ensino superior e apenas 3,5% só sabe ler e escrever. Registando-se um caso apenas (0,5%) de um paciente que não sabe ler nem escrever. Referente à situação laboral verificou-se que a maioria é empregado/a (59,5%), por contraste com a minoria de 2% de doméstica/os. O número médio de horas referido pelos inquiridos empregado/as foi de $39,21 \pm 11,06$ (variando entre um mínimo de 7 horas e um máximo de 75).

A maioria (76,5%) não tem formação na área da saúde e 62,5% referem ter seguimento médico anterior em consultas pelas queixas atuais. A localização principal das queixas referidas foi o membro inferior (incluindo a bacia) com 123 casos (61,5%), ficando o membro superior mencionado apenas por 18,5%. As características sociodemográficas dos inquiridos são apresentadas na Tabela 1.

Dados demográficos (N=200)

Idade (anos)	Média (Desvio-Padrão) Min.-Max.	50,21±15,46 18-82
Sexo	Masculino Feminino	92 (46,0%) 108 (54,0%)
Situação Familiar	Solteiro/a Casado/a ou em união de facto Separado/a Divorciado/a Viúvo/a	42 (21,0%) 119 (59,5%) 6 (3,0%) 23 (11,5%) 10 (5,0%)
Grau de Ensino	Não sabe ler nem escrever Só sabe ler e escrever 1º ciclo do Ensino Básico (1º- 4º ano) 2º ciclo do Ensino Básico (5º- 6º ano) 3º ciclo do Ensino Básico (7º- 9º ano) Ensino Secundário (10º-12º ano) Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)	1 (0,5%) 7 (3,5%) 36 (18,0%) 21 (10,5%) 39 (19,5%) 56 (28,0%) 40 (20,0%)
Situação Laboral	Empregado/autoemprego Desempregado/a Reformado/a Estudante Doméstica/o	119 (59,5%) 19 (9,5%) 47 (23,5%) 11 (5,5%) 4 (2,0%)
Nº de horas de trabalho semanal (N=97)	Média (Desvio-Padrão) Min.- Max.	39,21±11,06 7,0 - 75
Formação na área da saúde	Sim Não	47 (23,5%) 153 (76,5%)
Consultas anteriores	Sim Não	125 (62,5%) 75 (37,5%)
Localização das queixas	Coluna Membro inferior (incluindo bacia) Membro Superior	40 (20,0%) 123 (61,5%) 37 (18,5%)

Tabela 1 - As características sociodemográficas dos participantes.

4.2 Fontes de informação

No Gráfico 1 estão demonstrados os dados referidos na procura de informação em saúde pelos participantes no inquérito.

Relativamente às fontes de informação dos inquiridos, verifica-se que a pesquisa relacionada com a saúde classificada como “sempre” utilizada, é realizada com recurso mais frequente aos profissionais de saúde (36,1%), seguida da pesquisa livre na *internet* (12,8%). O recurso à rádio (45,7%), às universidades (44,8%), às redes sociais (42,8%) e às organizações internacionais (42,4%) é frequentemente “nunca” utilizado.

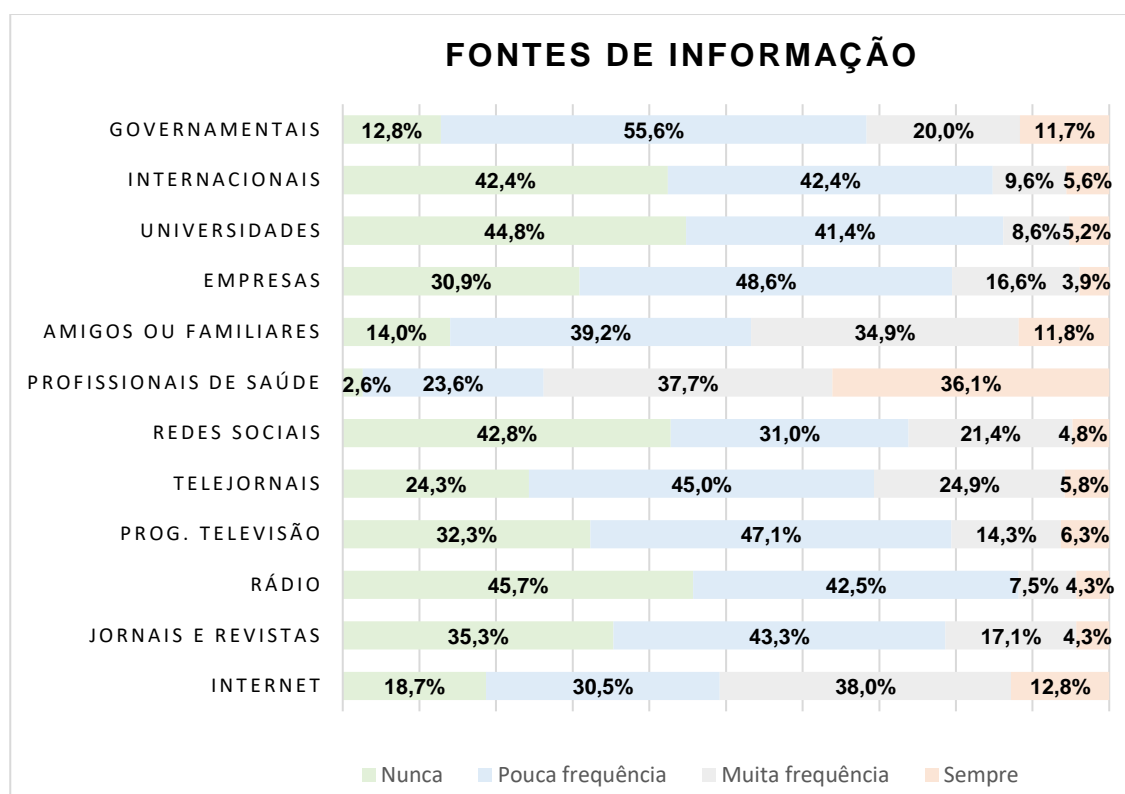


Gráfico 1 - Fontes utilizadas na procura de informação sobre saúde.

4.3 Resultados do questionário LiMP

A questão 2, relativa a factos sobre RX, apenas obteve 8,5% dos inquiridos com a resposta correta (apenas 17 acertaram na resposta), contrariamente à questão 4 relativa ao significado de um cirurgião ortopédico, que obteve 95,5% com a resposta correta (191 responderam corretamente).

Apresenta-se na Tabela 2 o resultado do número de respostas corretas às diversas questões do questionário LiMP.

Questões do LiMP	Corretas	Percentagem
1.Osso fraturado (M)	109	54,5%
2.Factos sobre RX (D)	17	8,5%
3.Nome do osso da coxa (A)	140	70,0%
4.Cirurgião Ortopédico (A)	191	95,5%
5.Ciática (M)	133	66,5%
6.Joelho (A)	165	82,5%
7.Artrite (M)	46	23,0%
8.AR. vs. AO (M)	67	33,5%
9.Fratura do punho (D)	134	67,0%

Tabela 2 - Número de respostas corretas e respetiva percentagem a cada uma das questões do LiMP. Anatomia e Terminologia **(A)**; Problemas musculoesqueléticos **(M)**; Exames de Diagnostico e Tratamento **(D)**.

A Tabela 3 representa o número e a percentagem de participantes que responderam corretamente ao respetivo número de questões. Verifica-se que somente 2 participantes responderam corretamente a apenas 1 questão e do mesmo modo apenas 2 responderam à totalidade das 9 questões corretamente. A maioria dos inquiridos respondeu corretamente a 5 questões (23,5%).

Nº de respostas corretas	Nº de participantes	Percentagem
1	2	1%
2	9	4,5%
3	25	12,5%
4	37	18,5%
5	47	23,5%
6	44	22%
7	30	15%
8	4	2%
9	2	1%
Total	200	100%

Tabela 3 - Número e percentagem de participantes que responderam corretamente ao respetivo número de questões.

Os resultados demonstraram que 60% dos inquiridos apresenta um nível de literacia musculoesquelética limitada (120 responderam a <6). O valor médio da pontuação do LIMP foi $5,01 \pm 1,56$ para esta amostra de 200 pacientes. É apresentada também a média para cada um dos temas do LiMP (Tabela 4).

	Nº	Média	Desvio padrão
Anatomia e Terminologia	3	2,480	0,709
Problemas Musculoesqueléticos	4	1,775	1,025
Diagnóstico e tratamento	2	0,755	0,554
Literacia Musculoesquelética	9	5,010	1,556

Tabela 4 - Média da pontuação do inquérito LIMP e a média para cada um dos temas.

Relativamente às 3 temáticas do LiMP representa-se graficamente a percentagem de respostas certas.

No tema Anatomia e Terminologia, 58,5% dos participantes responderam corretamente às 4 questões (Gráfico 2). Trata-se do tema com maior número de respostas certas à totalidade das 3 questões.

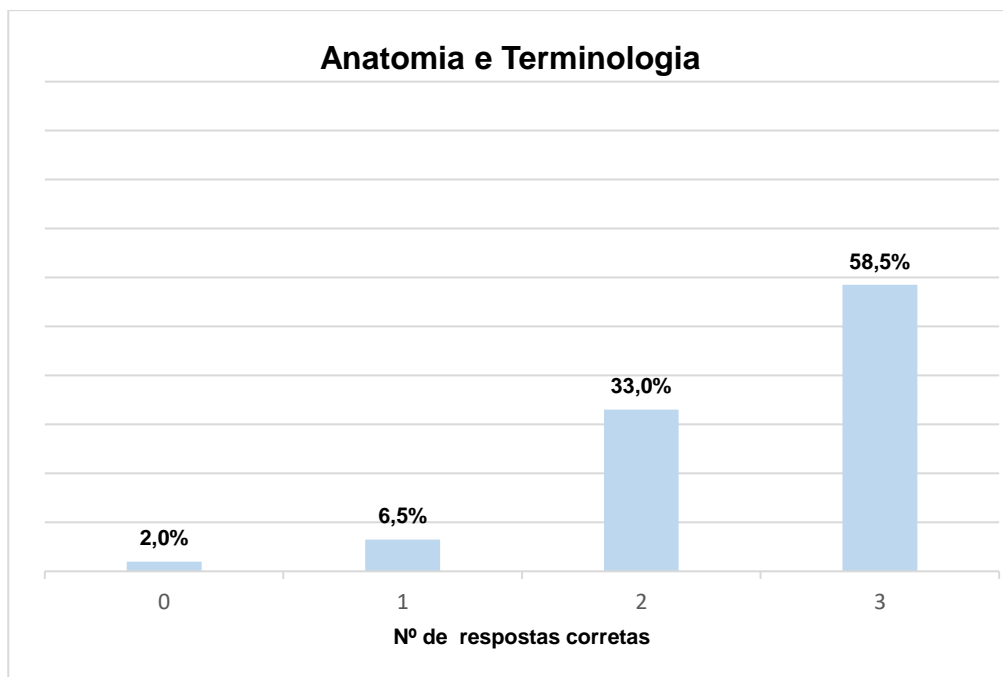


Gráfico 2 - Percentagem de participantes que responderam corretamente ao número de questões relativas à Anatomia e Terminologia.

No tema Problemas Musculoesqueléticos, apenas 5% dos participantes responderam corretamente às 4 questões (Gráfico 3). Trata-se do tema que se revela com menos respostas totais corretas.

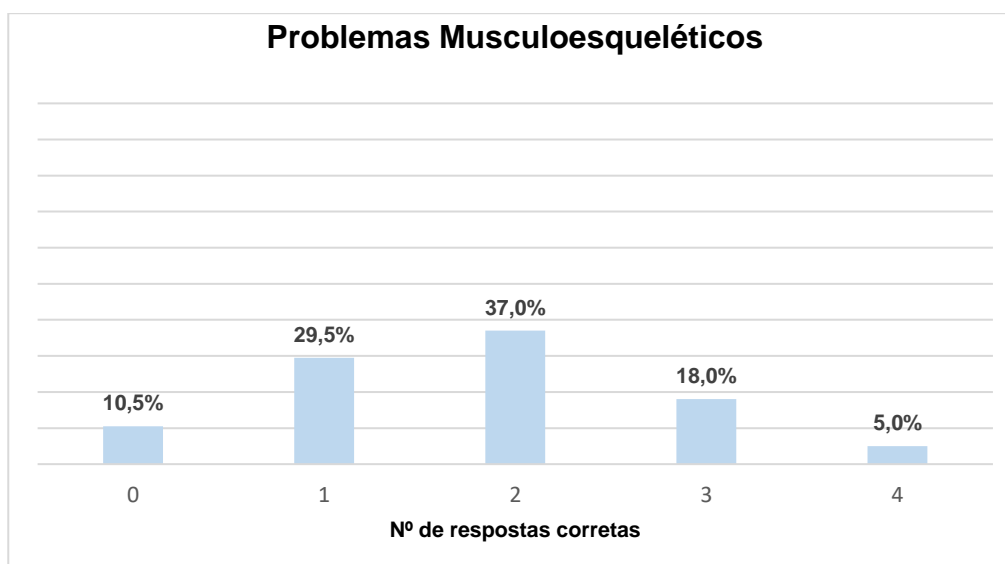


Gráfico 3 - Percentagem de participantes que responderam corretamente ao número de questões relativas a Problemas Musculoesqueléticos.

No tema Diagnóstico e Tratamento apenas 6,0% dos participantes responderam corretamente à totalidade das duas questões (Gráfico 4).

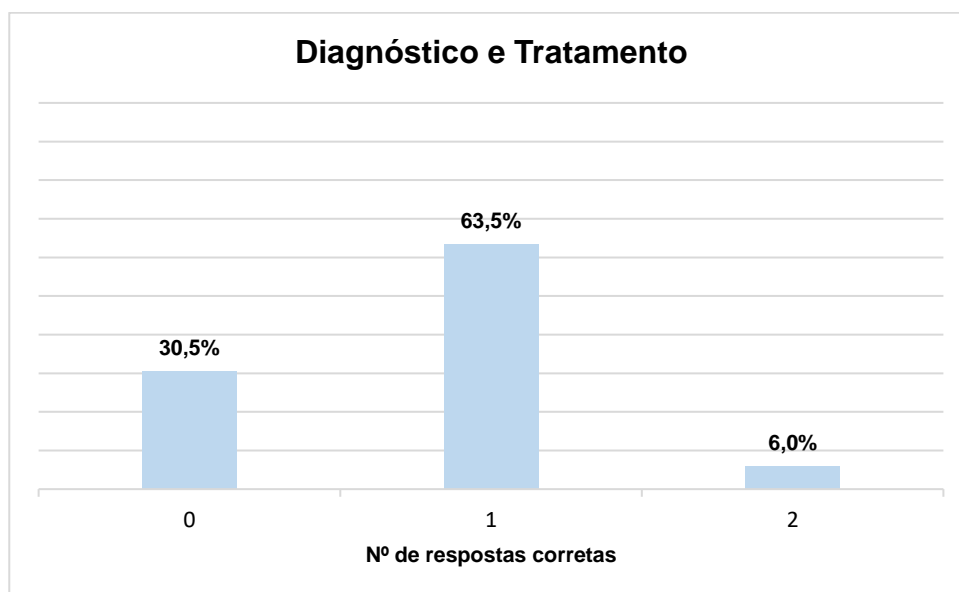


Gráfico 4 - Percentagem de participantes que responderam corretamente ao número de questões relativas ao Diagnóstico e Tratamento.

4.4 Consistência interna

Na Tabela 5 estão representados os valores *alfa de Cronbach* relativamente ao questionário LiMP. O índice foi obtido recorrendo à fórmula de cálculo *Kuder-Richarson 20*, devido às características particulares do questionário, não existindo lógica ou coerência na ligação de resposta entre as 3 dimensões do LIMP.

Os valores obtidos foram calculados nas 3 dimensões e na totalidade (*alfa de Cronbach* = 0,401). Trata-se, no entanto, de um valor baixo.

Dimensão	Nº de itens	<i>Alfa de Cronbach</i> (Itens padronizados)
Anatomia e Terminologia	3	0,350
Problemas Musculoesqueléticos	4	0,230
Tratamento e Diagnóstico	2	0,045
Total	9	0,401

Tabela 5 - *alfa de Cronbach* para cada um dos temas e valor total.

4.5 Resultados do questionário HLS-EU-PT-Q16

Apresenta-se a Tabela 6, referente aos valores do índice geral em saúde (Índice Geral HL). A avaliação revelou um nível de literacia problemático e inadequado em 12,8% e 43,9%, respetivamente (somando 56,7%). Apenas 5,3 % apresentaram um nível excelente referente ao índice geral de literacia em saúde.

Nível de Literacia: Índice Geral HL ou <i>G-HL index</i>		
Níveis	Frequência	Percentagem válida
Inadequado	24	12,8%
Problemático	82	43,9%
Suficiente	71	38,0%
Excelente	10	5,3%
Total	187	100%

Tabela 6 - Índice Geral HL da amostra (13 *missing value*).

Relativamente às médias para cada um dos domínios e para o Índice Geral HL não se verificaram grandes assimetrias (Tabela 7). O valor médio para o Índice Geral HL foi $31,85 \pm 6,51$. Refere-se que valores entre 25,1-33 foram considerados de nível problemático.

Domínios	N	Média	Desvio padrão
Literacia: Promoção da Saúde	181	31,952	8,663
Literacia: Prevenção da Doença	189	31,098	8,218
Literacia: Cuidados de Saúde	192	32,213	6,896
Literacia: Índice Geral HL	187	31,845	6,509
Total	177	-	-

Tabela 7 - Médias do Índice Geral HL e de cada um dos seus domínios.

São apresentadas no Gráfico 5 as percentagens alcançadas para cada nível em cada um dos domínios de literacia.

Na promoção da saúde, a maioria (47%) apresenta um nível suficiente e 9,9% um nível excelente, representando os valores percentuais mais elevados nestes níveis. No domínio prevenção da doença são apresentados os valores mais elevados de nível inadequado (20,6%). No domínio cuidados de saúde é representada a percentagem mais elevada de nível problemático (38,0%) que adicionada ao nível inadequado (13,0%) revela-se o domínio mais preocupante neste estudo (51%).

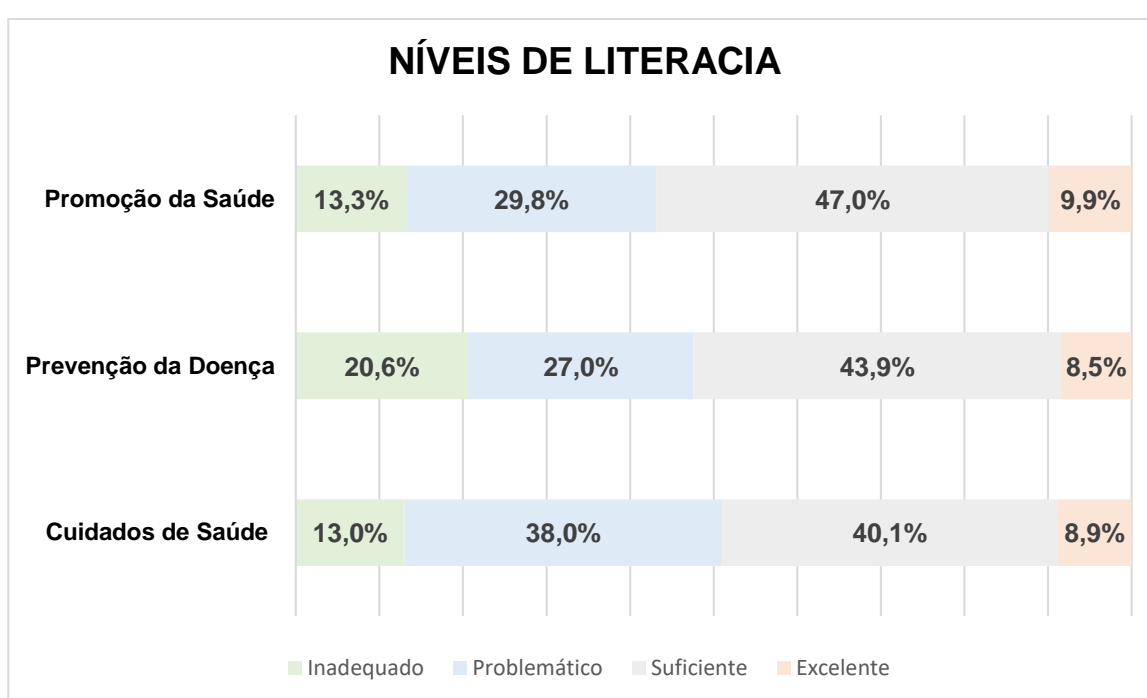


Gráfico 5 - Percentagens de cada nível de literacia dos participantes em cada um dos 3 domínios de literacia.

4.6 Hipóteses de estudo

Consideraram-se as seguintes hipóteses de investigação:

Relação entre a literacia musculoesquelética e a literacia geral em saúde.

Para testarmos uma hipótese usamos o método da prova indireta, presumindo como verdadeira a hipótese contrária àquela que queremos testar. São assim consideradas duas hipóteses:

H₀: Não há relação entre a literacia musculoesquelética e a literacia geral em saúde.

H₁: Há relação entre a literacia musculoesquelética e a literacia geral em saúde.

Após análise estatística, verifica-se existir um valor de $t=2.213$ e um valor muito baixo de significância ($p=0,028$), logo rejeitamos a hipótese nula. Se observarmos os valores da Tabela 8 verificamos que os participantes com a média literacia musculoesquelética adequada têm uma média do índice geral em saúde mais elevada. Quanto maior for o índice geral em saúde maior a literacia ME. Conclui-se que existe relação entre a literacia musculoesquelética e a literacia em saúde em geral (H₁).

Literacia ME	N	Média	Desvio padrão	t	Sig.
ME<6	108	31,0	5,9		
ME≥6	79	33,1	7,1	2,213	0,028

Tabela 8 - Relação da média do índice geral em saúde com a literacia ME adequada (≥ 6) e limitada (< 6).

Relação entre a literacia musculoesquelética e a idade.

Tal como o índice geral em saúde, a idade é uma variável numérica, utilizamos a mesma metodologia. Comparando a descrição estatística das médias e o recurso ao *independent sample test*.

São consideradas as seguintes hipóteses:

H₀: Não há relação entre a literacia musculoesquelética e a idade.

H₁: Há relação entre a literacia musculoesquelética e a idade.

Literacia ME	N	Média	Desvio padrão	t	Sig.
ME<6	120	49,8	15,5	0,434	0,665
ME≥6	80	50,8	50,8		

Tabela 9 - Relação da média da idade com a literacia ME adequada (≥6) e limitada (<6).

Verificamos na análise um valor elevado de $t=0,434$, assim como no *T-test* uma significância de valor muito elevado ($p=0,665$). Trata-se de um erro grande e por consequência não rejeitamos a hipótese nula. As médias da descrição estatística entre os 2 grupos de literacia não eram muito distantes (Tabela 9). Nesta amostra o facto de se ter mais idade não influencia um maior ou menor grau de literacia ME. Conclui-se que não há relação entre a literacia musculoesquelética e a idade (H_0).

Relação entre a literacia musculoesquelética e o sexo.

Uma vez que a variável sexo é uma variável nominal, não usaremos a metodologia anterior. A análise estatística do teste terá de medir a dependência entre as frequências das duas variáveis (Tabela 10). Utilizamos o teste Qui-quadrado (χ^2).

Consideramos as seguintes hipóteses:

H₀: As variáveis, literacia musculoesquelética e o sexo, são independentes.

H₁: As variáveis, literacia musculoesquelética e o sexo, não são independentes.

Sexo	Literacia ME<6	Literacia ME≥6	Total	χ^2	Sig.
F	69	39	108		
M	51	41	92	1,479	0,224
Total	120	80	200		

Tabela 10 - Relação entre a literacia ME e o sexo.

O teste Qui-quadrado, demonstrado na tabela demonstra um valor de $\chi^2=1,479$ e um valor de significância elevado ($p=0,224$), logo não se rejeita a hipótese nula. O sexo não interfere no nível de literacia ME.

Conclui-se que as variáveis Literacia ME e o sexo são independentes (H_0).

Relação entre a literacia musculoesquelética e o nível de escolaridade.

Continuamos no mesmo processo metodológico para a relação entre a literacia musculoesquelética e a escolaridade (Tabela 11). Não se tratando de uma variável numérica recorreremos ao teste do Qui-quadrado.

São consideradas as seguintes hipóteses:

H₀: As variáveis, literacia musculoesquelética e o nível de escolaridade, são independentes.

H₁: As variáveis, literacia musculoesquelética e o nível de escolaridade, não são independentes.

Dividimos os níveis de escolaridade em 2 grupos: um grupo do ensino básico ou abaixo e um grupo do ensino secundário ou superior.

Ensino	Literacia ME<6	Literacia ME≥6	Total	χ^2	Sig.
≤ Ensino Básico	74	30	104		
Secundário + Superior	46	50	96	11,231	<0,001
Total	120	80	200		

Tabela 11 - Relação entre a literacia ME e o ensino.

Aplicando o teste do Qui-quadrado obteve-se um valor elevado de $\chi^2=11,231$ e um valor de significância muito baixo ($p<0,001$), logo rejeita-se a hipótese nula. O facto de ter uma escolaridade mais diferenciada relaciona-se com um nível mais elevado de literacia ME. A literacia ME e a escolaridade não são variáveis independentes (H_1).

Relação entre a literacia musculoesquelética e a situação laboral.

Para o estudo da relação entre a literacia musculoesquelética e a situação laboral, dividimos a amostra em 2 grupos: empregados e não empregados e utilizamos o teste Qui-quadrado (Tabela 12).

Foram colocadas as seguintes hipóteses:

H₀: As variáveis, literacia musculoesquelética e a situação perante o trabalho, são independentes.

H₁: As variáveis, literacia musculoesquelética e a situação perante o trabalho, não são independentes.

Emprego	Literacia ME<6	Literacia ME≥6	Total	χ^2	Sig.
Empregado	72	47	119		
Não Empr.	48	33	81	0,031	0,860
Total	120	80	200		

Tabela 12 - Relação entre a literacia ME e a situação laboral (emprego).

Aplicando o teste do Qui-quadrado, obteve-se um valor de $\chi^2=0,031$ e um valor de significância alto ($p=0,860$), logo não se rejeita a hipótese nula.

Conclui-se que as variáveis, literacia musculoesquelética e a situação perante o trabalho, são independentes (H_0). A literacia ME não é influenciada pela situação laboral (ter ou não emprego).

Relação entre a literacia musculoesquelética e a experiência de trabalho na área da saúde.

Para o estudo da relação entre a literacia musculoesquelética e a existência de experiência na área da saúde, dividimos a amostra em 2 grupos: participantes com formação em saúde e participantes sem informação em saúde (Tabela 13). Foram colocadas as seguintes hipóteses:

H₀: As variáveis, literacia musculoesquelética e a experiência de trabalho na área da saúde, são independentes.

H₁: As variáveis, literacia musculoesquelética e a experiência de trabalho na área da saúde, não são independentes.

For. Saúde	Literacia ME<6	Literacia ME≥6	Total	χ^2	Sig.
Sim	26	21	47		
Não	94	59	153	0,561	0,454
Total	120	80	200		

Tabela 13 - Relação entre a literacia ME e a experiência na área da saúde.

Abordou-se da mesma forma como no caso anterior e utilizamos teste Qui-quadrado. Verificou-se um valor de $\chi^2=0,561$ e um valor de significância alto ($p=0,454$), logo não se rejeita a hipótese nula. O facto de ter tido experiência na área da saúde não condiciona níveis de literacia ME.

Conclui-se que as variáveis, literacia musculoesquelética e a experiência de trabalho na área da saúde, são independentes (H_0).

Relação entre a literacia musculoesquelética e os seguimentos em consultas médicas anteriores pela mesma patologia.

Na avaliação da relação entre a literacia musculoesquelética e a existência de seguimentos em consulta externa de ortopedia pelas mesmas queixas, subdividimos a amostra em 2 grupos: participantes com e sem seguimentos em consultas médicas anteriores pela mesma patologia (Tabela 14). Foram formuladas as seguintes hipóteses:

H₀: As variáveis, literacia musculoesquelética e os seguimentos em consultas médicas anteriores pela mesma patologia, são independentes.

H₁: As variáveis, literacia musculoesquelética e os seguimentos em consultas médicas anteriores pela mesma patologia, não são independentes.

Cons. ant.	Literacia ME<6	Literacia ME≥6	Total	χ^2	Sig.
Sim	70	55	125		
Não	50	25	75	2,222	0,136
Total	120	80	200		

Tabela 14 – Relação entre a literacia ME e o seguimento em consultas anteriores.

Aplicamos o teste Qui-quadrado. Verificaram-se os seguintes resultados: um valor de $\chi^2=2,222$ e valor de significância alto ($p=0,136$). Não se rejeita a hipótese nula. Os seguimentos anteriores pela mesma patologia não influenciam os níveis de literacia ME.

As variáveis, literacia musculoesquelética os seguimentos em consultas médicas anteriores pela mesma patologia, são independentes (H_0).

Resumo final das hipóteses estudadas:

1. Existe relação entre a literacia musculoesquelética e o índice geral de literacia em saúde. Um maior nível de literacia geral em saúde determina um maior nível de literacia ME.
2. Não há relação entre a literacia musculoesquelética e a idade. A idade não afeta o nível de literacia ME.
3. As variáveis, literacia musculoesquelética e o sexo, são independentes. O sexo não influencia o nível de literacia ME.
4. As variáveis, literacia musculoesquelética e a escolaridade, não são independentes. Os inquiridos com maior escolaridade têm um nível maior de literacia ME.
5. As variáveis, literacia musculoesquelética e a situação perante o trabalho, são independentes. O facto de ter ou não emprego não determina o nível de literacia ME.
6. As variáveis, literacia musculoesquelética e a experiência de trabalho na área da saúde, são independentes. Ter experiência na área da saúde não tem impacto na literacia ME neste estudo.
7. As variáveis, literacia musculoesquelética e os seguimentos em consultas médicas anteriores pela mesma patologia, são independentes. Os seguimentos anteriores em consulta de ortopedia não influenciam o nível de literacia ME.

5. Discussão de resultados

A saúde musculoesquelética compreende inúmeras doenças ou problemas que afetam o sistema locomotor condicionando limitações temporárias ou permanentes. As patologias musculoesqueléticas constituem o maior contributo para as necessidades de reabilitação em países de maior rendimento e o principal contributo mundial para os anos vividos com incapacidade.

Estas observações reforçam a importância da patologia musculoesquelética no universo da área da saúde. Também já foi abordado anteriormente a relevância da literacia em saúde nas suas diversas dimensões, domínios e consequências.

De facto, é na junção da importância da literacia em saúde e da relevância da literacia musculoesquelética que reside a pertinência deste estudo. Os estudos sobre literacia musculoesquelética são escassos.

A ideia para este estudo baseia-se nos trabalhos de Rosenbaum et al. (2013) que desenvolveram o questionário LiMP, para avaliação da literacia em problemas musculoesqueléticos em 3 temáticas. O seu estudo foi baseado na recolha de um inquérito envolvendo 248 adultos que recorriam ao serviço de urgência de um hospital universitário. O inquérito baseava-se no preenchimento do LiMP, alguns dados demográficos e uma ferramenta da medição da literacia em geral em saúde (NVS).

No estudo recorreremos à utilização do LiMP após a metodologia de tradução-retradução e revisão para a língua portuguesa. Utilizou-se como ferramenta de avaliação de literacia em saúde o questionário HLS-EU-PT-Q16 (forma abreviada do HLS-EU-PT-Q47) que é composto por 16 itens. Utilizamos também um questionário de características sociodemográficas (8 questões envolvendo a idade, sexo, situação familiar, grau de ensino e situação laboral, formação em saúde, consultas anteriores e localização das queixas). No nosso estudo não aferimos a avaliação de raça, conforme o autor do LiMP.

Comparando os nossos resultados do LiMP com os de Rosenbaum et al. (2015), refere-se que a sua amostra era constituída por doentes avaliados em contexto de recurso à urgência. Na nossa avaliação não recorreremos à recolha neste contexto devido às realidades diferentes da sua utilização e aos sistemas saúde de distintos.

Recorremos a amostra de doentes em consulta e em menor escala em internamento, porque nos pareceram situações mais indicadas para preenchimento de inquéritos (85,5% em consulta externa e 14,5% em internamento).

A idade média da nossa amostra foi de $50,2 \pm 15,5$, tratando-se de uma população mais envelhecida que a do estudo inicial de Rosenbaum et al. ($42,8 \pm 17,6$).

Nas características sociodemográficas comparáveis da nossa amostra, verificou-se que esta era composta por 46% do sexo masculino (vs. 50,4% do autor); ensino superior 20% (vs. 52%); profissional na área da saúde 23,5% (vs. 33%) e visitas anteriores pelas mesmas queixas 62,5% (vs. 54%).

O valor médio da nossa pontuação do LIMP foi de $5,01 \pm 1,56$ superior à do autor do LIMP ($4,68 \pm 1,78$). Tratam-se em ambos os casos de níveis de literacia ME limitada. Neste estudo 60% apresentavam um nível de literacia ME limitada e no estudo de Rosenbaum et al (2015) 69% apresentavam um nível de literacia ME limitada.

Comparando a percentagem de respostas corretas para cada uma das questões observa-se que a questão 2 é a que menor número de respostas corretas para ambos os estudos e a resposta 4 assume um valor percentual mais elevado em ambos os estudos (Gráfico 6). Neste estudo obtivemos valores percentuais de respostas corretas superiores, exceto para a questão 7.

Percentagem de respostas corretas para cada uma das questões

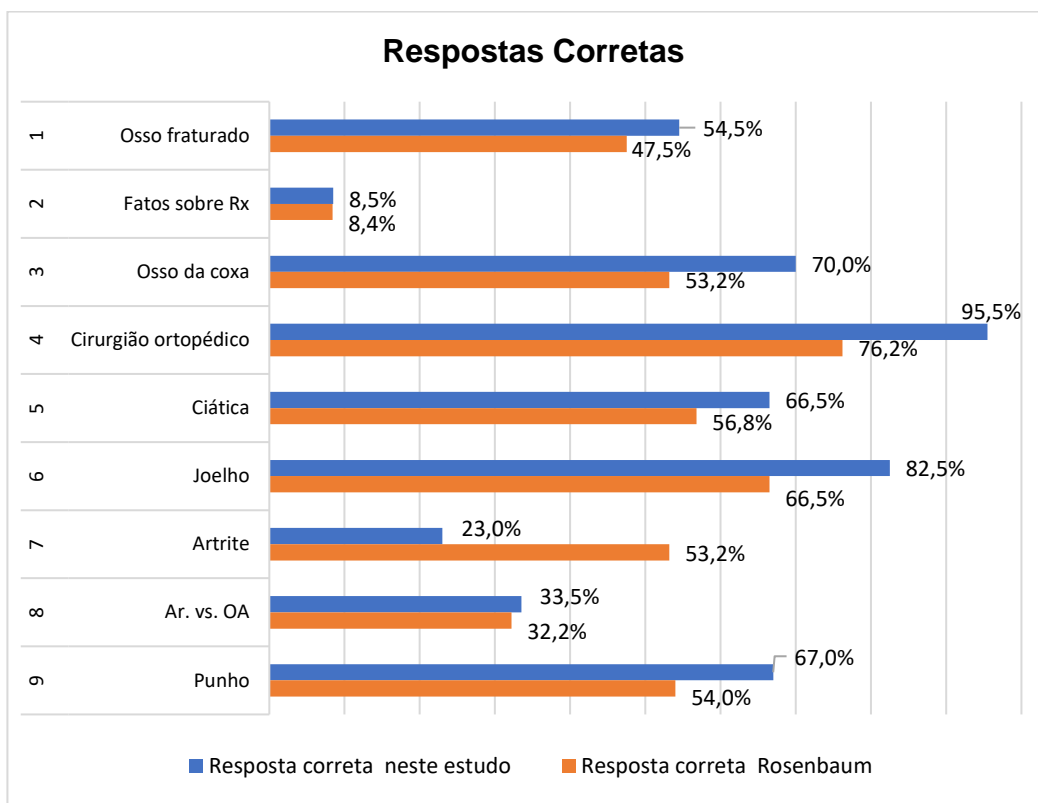


Gráfico 6 - Representa a percentagem de respostas corretas a cada questão comparando com o estudo dos autores do LiMP. Anatomia e Terminologia (3,4, e 6); Problemas musculoesqueléticos (1,5,7 e 8); Exames de Diagnostico e Tratamento (2 e 9).

Neste estudo a maior parte dos participantes respondeu corretamente a 5 questões (23,5%) e apenas 2 (1%) responderam à totalidade das 9 questões certas.

Quanto às localizações anatómicas referem-se: coluna 20,0%; membro inferior e bacia (61,5%) e membro superior (18,5%). Tal discrepância deve-se ao facto da maior parte dos inquiridos resultar, pela facilidade de acesso, da consulta de patologia do membro inferior do autor.

Na relação entre as características sociodemográficas e a prevalência de literacia musculoesquelética adequada realizada através do teste Qui-quadrado, Rosenbaum et al. (2013) verificou que apenas a literacia ME adequada estava significativamente influenciada pela raça caucasiana ($p=0,001$) e pela escolaridade (\geq universitário, $p<0,001$). Não existiu diferença significativa na idade, sexo, tipo de emprego relacionado com a saúde ou visitas anteriores por queixas semelhantes.

Neste estudo foram colocadas 7 hipóteses de investigação relacionando sempre a literacia musculoesquelética com: literacia em saúde em geral; idade; sexo; escolaridade; situação perante o trabalho; experiência na área da saúde e seguimentos em consulta por queixas anteriores.

Verificou-se existir uma relação entre a literacia ME e o índice geral de literacia em saúde ($p=0,028$) e que a literacia ME e a escolaridade não são variáveis independentes ($p<0,001$). Não existe relação estatística significativa entre as restantes variáveis em estudo. Quanto maior a escolaridade e a literacia geral em saúde maior é a literacia ME. O nível de escolaridade superior coincide em ambos os estudos como determinante da literacia musculoesquelética.

O meio mais frequente utilizado na procura de fontes de informação em saúde foi o recurso aos profissionais de saúde (36,1%), seguida da pesquisa livre na *internet* (12,8%), demonstrando uma confiança nos profissionais e o recurso cada vez mais a meios virtuais (*eHealth*).

Na utilização do inquérito HLS-EU-PT-Q16 para este estudo, o índice geral de literacia em saúde revelou-se: inadequado em 12,8%; problemático em 43,9%; suficiente em 38% e excelente em 5,3% (Figura 18). Os níveis inadequados e problemáticos perfazem juntos 56,7%. Nesta amostra o valor médio para o Índice Geral HL foi $31,85\pm 6,51$ (problemático). No estudo de Rosenbaum et al.(2015) utilizou-se como forma da avaliação da literacia geral em saúde, o NVS resultando valores de literacia inadequada de 48%. Trata-se de ferramentas de avaliação distintas e com níveis de classificações diferentes.

Comparando com o estudo de Arriaga et al., (2021) *Levels of health literacy*, DGS, apesar de metodologias e instrumentos de medição diferentes o nível excelente (5%) mantém-se em ambos, mas existindo valores mais elevados no nível de inadequada e problemática neste estudo (Figuras 17 e 18). Na amostra recolhida para o estudo HLS-19 a idade mínima foi de 16 anos e neste estudo foi 18 anos. Sendo a idade média desta mostra mais elevada ($50,21\pm 15,46$) que do estudo HLS-19 (idade de $46\pm 16,7$ anos).

Índice Geral de Literacia em Saúde

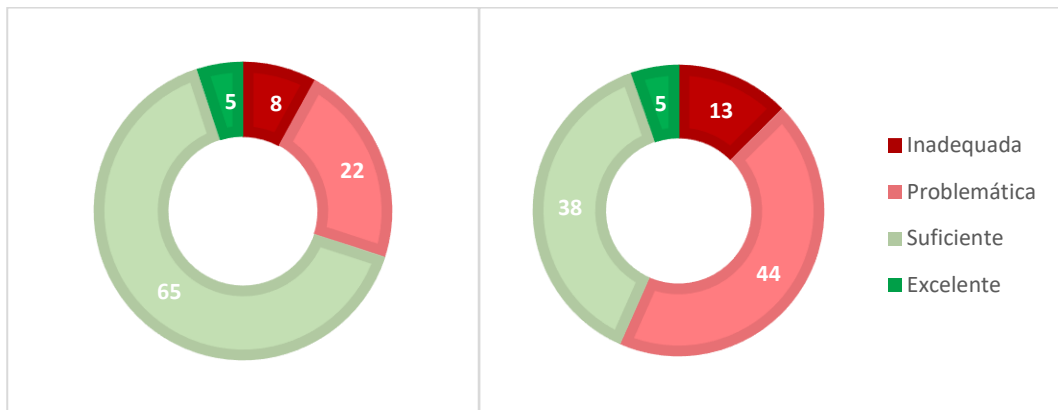


Figura 17 - Índice geral de literacia em saúde com o HLS-EU-PT-Q12 (esquerda). Adaptado de Arriaga et al. (2021), *Levels of health literacy*, DGS, pp. 9. Obtido em setembro 7, 2023 de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35112/1/Arriaga_et_al._2021.pdf

Figura 18 - Índice geral de literacia em saúde deste estudo com o HLS-EU-PT-Q16 (direita).

Relativamente aos vários domínios neste inquérito a promoção da saúde tem níveis mais elevados na soma excelente e suficiente (56,9%). No domínio prevenção da doença a soma dos itens anteriores totaliza 52,4% (Figura 19). Finalmente os piores valores percentuais são alcançados nos cuidados de saúde (49%). São valores bastante diferentes daqueles observados em Arriaga et al., (2021), *Levels of health literacy*, DGS. Mantem-se apenas o domínio da promoção da saúde como aquele com melhores resultados em ambos os estudos (Figura 20).

Domínios da Literacia em Saúde – Portugal

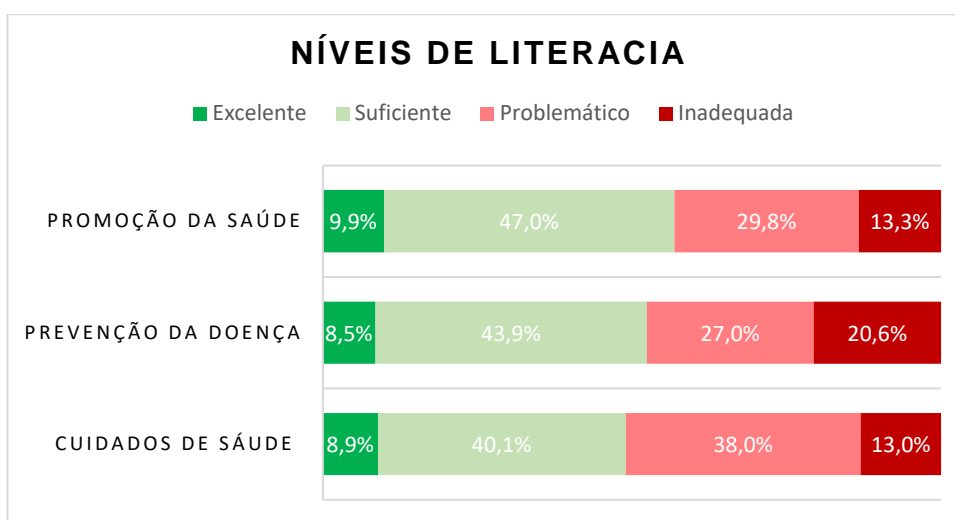


Figura 19 - Percentagens de cada nível de literacia dos participantes para cada um dos 3 domínios de literacia em saúde. Usando o HLS-EU-PT-Q16 neste inquérito.

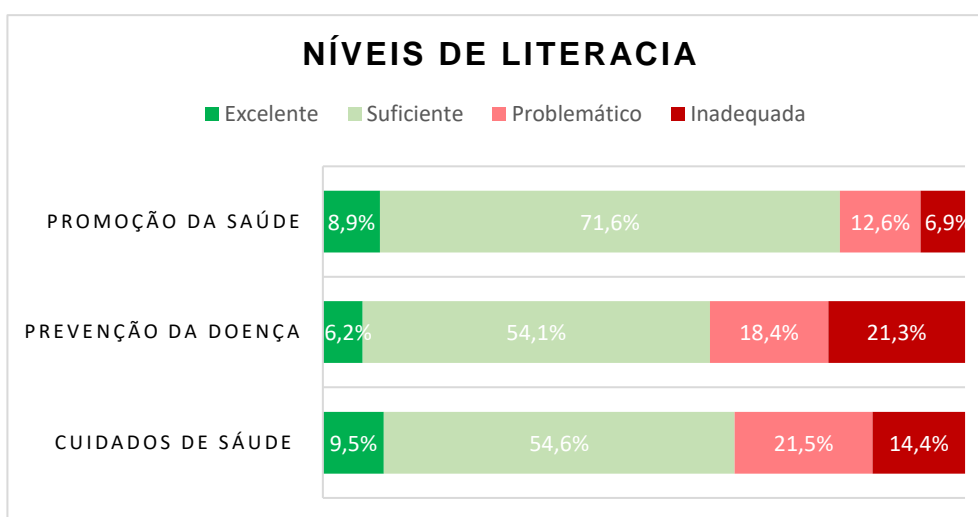


Figura 20 - Dimensões da literacia em saúde com o HLS-EU-PT-Q12. Adaptado de Arriaga et al. (2021), *Levels of health literacy*, DGS, pp. 10. Obtido em setembro 7, 2023, de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35112/1/Arriaga_et_al._2021.pdf

Relativamente às limitações deste estudo, salienta-se que os pacientes não foram selecionados aleatoriamente. São doentes da consulta própria e de gabinetes de consulta próximos. Alguns doentes não se sentiram confortáveis, com confiança com o inquérito ou percebiam que iriam ter baixas pontuações, não participaram no inquérito. O número de doentes do internamento é francamente inferior ao dos doentes da consulta. Tal facto deve-se provavelmente à elevada idade dos

pacientes internados e à falta de disponibilidade por doença deste tipo de doentes para participar voluntariamente. O *alfa de Cronbach* (total=0.401) é um valor baixo.

O autor do questionário LiMP refere como argumento da consistência do inquérito uma correlação positiva moderada (0.41) com a pontuação do NVS e a pontuação do LiMP e um *alfa de Cronbach* de 0,59. Porém, o autor recomenda prudência nesta interpretação na qual é feita a presunção de que cada uma das questões do LiMP avalia um conceito geral. No entanto, o questionário LiMP avalia vários temas que acumulativamente e não independentemente determinam a literacia musculoesquelética. As utilizações de outras medições de fiabilidade deverão ser consideradas no futuro envolvendo o questionário LiMP (Rosenbaum et al., 2013).

Vaughan et al. (2017), num estudo envolvendo 361 pacientes observados numa clínica universitária de osteopatia, referiu que os 9 itens do LIMP não formam uma escala Mokken (abordagem teórica de resposta não paramétrica) e a fiabilidade estava abaixo de níveis aceitáveis (*alfa* e *ómega* abaixo de <0,45). As questões 5 e 8 teriam mais probabilidade de ser respondidas corretamente por participantes com graus de educação superior.

De facto, os 9 itens do LIMP não formam uma escala única, avaliam vários temas que acumulativamente e não independentemente determinam um nível de literacia ME. Não parece existir relação entre as várias questões, nomeadamente entre aquelas referentes à terminologia e por exemplo algumas questões referentes ao tratamento, tal facto poderia justificar valores baixos do *alfa de Cronbach*. Contudo, não deixa de ter o mérito de ser uma ferramenta única utilizada na avaliação da literacia ME. Poderá apontar caminhos para o desenvolvimento de outras escalas de avaliação com níveis de consistência interna maiores e orientações para futuros estudos ou investigações.

6. Conclusão

Considera-se pertinente reforçar a ideia da importância da literacia em saúde e particularmente da literacia musculoesquelética. A patologia musculoesquelética constitui um encargo com repercussão relevante na sociedade atual.

Realizou-se um estudo utilizando uma amostra de 200 doentes da consulta e do internamento de um centro hospitalar e universitário nacional. Foram utilizadas como ferramentas: um inquérito constituído pelo LiMP, HLS-EU-PT-Q16, um questionário sociodemográfico e sobre fontes de informação em saúde.

O LiMP revelou-se um instrumento de fácil utilização e sem intercorrências. Do resultado do questionário LiMP verificou-se que a população avaliada apresentava um nível de literacia ME limitada, com uma média de $5,01 \pm 1,56$ e que 60% dos inquiridos têm literacia ME limitada.

A idade média dos participantes do estudo foi de $50,21 \pm 15,46$. O doente mais frequente apresenta as seguintes características: é predominantemente do sexo feminino (54%); casado (59,5%), com o ensino secundário completo (28%), empregado (59,5%), sem formação na área da saúde (76,5%), com consultas anteriores (62,5%) e com queixas referidas mais frequentemente ao membro inferior (61,5%). Os doentes recorreram mais frequentemente na procura de informação aos profissionais de saúde e à *internet*.

O valor médio para o índice geral em saúde foi $31,85 \pm 6,5$. No índice geral HL 43,9% revelaram-se de nível problemático associado a 12,8% de nível inadequado (total de 56,7%) e apenas 5,3% de excelente. Revelam-se valores inferiores ao inquérito HLS-19. Neste estudo o domínio promoção da saúde apresentou os valores percentuais de excelente e suficiente mais elevados (soma de 56,9%) em contraste com o domínio dos cuidados de saúde (49%), mas igualmente com valores inferiores ao HLS-19 nestes níveis.

Na investigação da relação com a literacia ME verificou-se apenas existir relação estatística significativa com o índice geral de literacia em saúde ($p=0,028$) e a ausência de independência entre a literacia musculoesquelético e a escolaridade ($p<0,001$).

O questionário LiMP apesar de algumas considerações sobre a sua consistência interna, tem sido usado em diversos estudos, apesar de escassos. Apresenta-se como uma ferramenta útil de avaliação de literacia musculoesquelética e as eventuais dúvidas acerca da sua fiabilidade deverão ser um incentivo para estudos e investigação até ao encontro do instrumento o mais fiável possível tendo em conta a contemporaneidade em que é utilizado.

Todos os instrumentos são uteis para combater a literacia em saúde limitada, referida como uma “epidemia silenciosa” (Kinding, 2004). Torna-se importante identificar os grupos sociodemográficos de maior risco. A colaboração a diversos níveis da sociedade é significativa para o aumento do nível de todas as formas de literacia. São relevantes as estratégias centradas no doente, considerando as características culturais e demográficas.

No investimento em formação pressupõe privilegiar as áreas mais utilizadas no recurso à informação em saúde. O grau de literacia ME só é expectável aumentar com o investimento na escolaridade e na literacia geral em saúde e nos seus diversos domínios. É importante conhecer estratégias ou instrumentos para melhorar a comunicação efetiva com os doentes melhorando a relação médico-doente e criando cuidados de saúde centrados no doente. Realça-se a importância do envolvimento do doente e da empatia.

Provavelmente é importante refletir sobre uma ideia já referida (uma transformação que leve a uma mudança imprescindível de paradigma): ponderar modificar as competências dos sistemas de saúde para lidar com as complexidades das pessoas ao invés da tradicional melhoria das competências das pessoas para lidar com sistemas de saúde complexos (Sørensen, 2019).

A literacia ME inadequada sobrecarrega ainda mais os sistemas de saúde e a sociedade. Importa investir mais na literacia ME dado o seu impacto na sociedade nas vertentes económica e social, reforçada pela dimensão que assume entre as patologias que mais condicionam limitações temporárias ou absolutas.

Referências Bibliográficas

- Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., Aaronson, N., & European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. (2008). Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value in Health*, 11(3), 509-521. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x>
- Almeida, C., Francisco, R., Silva, C. R. D., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., ... & Assunção, V. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. Obtido em setembro 4, 2023, de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32411/1/literaciaManual.PDF>
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A. J., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., ... & Freitas, G. (2021). Levels of health literacy. *Levels of health literacy*. Obtido em setembro 6, 2023, de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35112/1/Arriaga_et_al._2021.pdf
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., ... & Costa, A. (2022). Health literacy in Portugal: results of the health literacy population survey project 2019–2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... & Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American journal of public health*, 92(8), 1278-1283. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x>
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21, 878-883. 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of internal medicine*, 167(14), 1503-1509. doi:10.1001/archinte.167.14.1503

- Briggs, A. M., Woolf, A. D., Dreinhöfer, K., Homb, N., Hoy, D. G., Kopansky-Giles, D., ... & March, L. (2018). Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(5), 366.017.
<https://doi.org/10.2471/blt.17.204891>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396 (10267), 2006-2. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32340-0)
- Cosic, F., Kimmel, L., & Edwards, E. (2017). Health literacy in orthopaedic trauma patients. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 31(3), e90-e95, 90.
<https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000000764>
- DeWalt, D. A., Dilling, M. H., Rosenthal, M. S., & Pignone, M. P. (2007). Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children. *Ambulatory pediatrics*, 7(1), 25-31.<https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.10.001>
- Doyle, G., Cafferkey, K., & Fullam, J. (2012). The European Health Literacy Survey: Results from Ireland, Dublin. *The European Journal of Public Health*, 22, 46. Obtido em setembro 6, 2023, de https://www.researchgate.net/publication/281629581_The_European_Health_Literacy_Survey_Results_from_Ireland
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*, 54, 313-324.
<https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Espanha, R., Ávila, P., & Veloso Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian. Obtido em setembro 5, 2023, de https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/87Est_Lieracia_Saude.pdf
- Griese, L., Berens, E. M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in navigating the health care system: development of an instrument measuring navigation health literacy. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5731.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>

- Gruson, K. I., Tabeayo, E., Stallone, S., Bedeir, Y. H., & Rodriguez-Merchan, E. C. (2023). Musculoskeletal Literacy in Orthopedics: Associated Factors, Effects on Patient-Physician Communication, and Intervention Strategies. *Archives of Bone and Joint Surgery*, 11(4), 227. Obtido em setembro 7, 2023, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10167531/>
- HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021): *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Obtido em setembro 7, 2023, de https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_International%20Report.pdf
- Kaufman, H., Skipper, B., Small, L., Terry, T., & McGrew, M. (2001). Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *Southern medical journal*, 94(3), 293-296. PMID: 11284516. Obtido em setembro 7, 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11284516/>
- Kindig, D. A. Preface (Eds.). (2004) in Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. *Health literacy: a prescription to end confusion*, xiii. <https://doi.org/10.17226/10883>.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*.8. Obtido em setembro 11, 2023, de <https://repository.graduateinstitute.ch/record/294626/>
- Kirsch, I. S. (2001). The framework used in developing and interpreting the International Adult Literacy Survey (IALS). *European journal of psychology of education*, 16, 335-361. <https://doi.org/10.1007/BF03173187>
- Lee, J., Lee, E. H., & Chae, D. (2021). eHealth literacy instruments: systematic review of measurement properties. *Journal of medical Internet research*, 23(11), e30644. <https://doi.org/10.2196/30644>
- Loke, Y. K., Hinz, I., Wang, X., Rowlands, G., Scott, D., & Salter, C. (2012). Impact of health literacy in patients with chronic musculoskeletal disease—systematic review. *PloS one*, 7(7), e40210. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040210>
- Lorini, C., Santomauro, F., Grazzini, M., Mantwill, S., Vettori, V., Lastrucci, V., ... & Bonaccorsi, G. (2017). Health literacy in Italy: a cross-sectional study protocol

to assess the health literacy level in a population-based sample, and to validate health literacy measures in the Italian language. *BMJ open*, 7(11), 017812. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017812>

- Lorini, C., Lastrucci, V., Mantwill, S., Vettori, V., Bonaccorsi, G., & Florence Health Literacy Research Group. (2019). Measuring health literacy in Italy: the validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 55(1), 10-18. https://doi.org/10.4415/ann_19_01_04
- Lowe, W., Ballinger, C., Protheroe, J., Lueddeke, J., Nutbeam, D., Armstrong, R., ... & Adams, J. (2013). Effectiveness of musculoskeletal education interventions in people with low literacy levels: a systematic review. *Arthritis care & research*, 65(12), 1976-1985. <https://doi.org/10.1002/acr.22085>
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & health sciences*, 11(1), 77-89. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x>
- Martins, A. C., & Andrade, I. M. (2014). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 75-84. <https://doi.org/10.12707/RIII1399>
- Menendez, M. E., Parrish II, R. C., & Ring, D. (2016). Health literacy and time spent with a hand surgeon. *The Journal of Hand Surgery*, 41(4), e59-e69. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.12.031>
- Murray, M. D., Wu, J., Tu, W., Clark, D. O., Weiner, M., Morrow, D. G., & Brater, D. C. (2004). Health literacy predicts medication adherence. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 75(2), P76-P76. <https://doi.org/10.1016/j.clpt.2003.11.288>
- Murphy, P. W., Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., & Decker, B. C. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine (REALM): a quick reading test for patients. *Journal of reading*, 37(2), 124-130. Obtido em setembro 4, 2023, de <https://www.jstor.org/stable/40033408?seq=1>
- Narayanan, A. S., Stoll, K. E., Pratson, L. F., Lin, F. C., Olcott, C. W., & Del Gaizo, D. J. (2021). Musculoskeletal health literacy is associated with outcome and

- satisfaction of total knee arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 36(7), S192-S197. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2021.02.075>
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). What Is Health Literacy? In *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10883>
- Noback, P. C., Seetharaman, M., Tantigate, D., Strauch, R. J., Rosenwasser, M. P., & Vosseller, J. T. (2019). Prevalence and risk factors of limited musculoskeletal health literacy in the outpatient setting: a logistic regression model. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 27(10), e491-e498. <https://doi.org/10.5435/jaaos-d-17-00712>
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. Obtido em setembro 11, 2023, de <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice, and policy across the lifespan*, 5. Policy Press. Obtido em setembro 4, 2023, de <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of general internal medicine*, 10, 537-541. <https://doi.org/10.1007/BF02640361>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pedro, A. R., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O., Escoval, A., & Simões Dias, S. (2023). Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire:

Psychometric Properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2892. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>

Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., & Boltzmann, L. (2014, November). Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices, and scales of the HLS-EU study. In *Proceedings of the 6th Annual Health Literacy Research Conference* (4-6). Obtido em setembro 7, 2023, de <https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf>

Pelikan, J. M., Ganahl, K., Van den Broucke, S., & Sørensen, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: introducing the European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q) In Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K., *International handbook of health literacy* (pp. 115-138). Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch008>

Pleasant, A., Maish, C., O'Leary, C., & Carmona, R. (2019). Measuring health literacy in adults: An overview and discussion of current tools in Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K., *International handbook of health literacy*, (pp. 67-81). Obtido em setembro 4, 2023, de <http://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>

Quaglio, G., Sørensen, K., Rübiger, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, T., ... & Dario, C. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health promotion international*, 32(6), 1074-1080. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw028>

Rosenbaum, A. J., Phillips, N., Patel, N., Uhl, R., Mulligan, M., Pauze, D., ... & Robak, N. (2013). Assessment of orthopaedic literacy in an urban emergency department: pilot results of the literacy in musculoskeletal problems (LiMP) project. *Current Orthopaedic Practice*, 24(4), 400-405. DOI:10.1097/BCO.0b013e3182910988

Rosenbaum, A. J., Pauze, D., Pauze, D., Robak, N., Zade, R., Mulligan, M., & Uhl, R. L. (2015). Health literacy in patients seeking orthopaedic care: results of the literacy in musculoskeletal problems (LIMP) project. *The Iowa*

orthopaedic journal, 35, 187. Obtido em setembro 6, 2023, de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4492130/>

Rosenbaum, A. J., Uhl, R. L., Rankin, E. A., & Mulligan, M. T. (2016a). Social and cultural barriers: understanding musculoskeletal Health Literacy: AOA Critical Issues. *JBJS*, 98(7), 607-61. <https://doi.org/10.2106/jbjs.o.00718>

Rosenbaum, A. J., Dunkman, A., Goldberg, D., Uhl, R. L., & Mulligan, M. (2016b). A cross-sectional study of musculoskeletal health literacy in patients with carpal tunnel syndrome. *Hand*, 11(3), 330-335.5.

<https://doi.org/10.1177/1558944715627306>

Rosenbaum, A. J., Tartaglione, J., Abousayed, M., Uhl, R. L., Mulligan, M. T., Alley Jr, M., & DiPreta, J. A. (2016c). Musculoskeletal Health Literacy in Patients with Foot and Ankle Injuries: a cross-sectional survey of comprehension. *Foot & Ankle Specialist*, 9(1), 31-36. <https://doi.org/10.1177/1938640015593078>

Sabbagh, R. S., Shah, N. S., Newyear, B. M., Matar, R. N., Johnson, B. M., & Grawe, B. M. (2022). What are the risk factors associated with limited musculoskeletal health literacy in shoulder arthroplasty patients? *Musculoskeletal Care*, 20(2), 307-315. <https://doi.org/10.1002/msc.1588>

Santos, E. S. Q. D. (2021). *Literacia em Saúde Na População Do Ensino superior Da Universidade de Coimbra*. Tese de Mestrado em Economia e Gestão da Saúde, FEUC, (pp. 10). <http://hdl.handle.net/10316/100724>

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

- Sørensen, K. (2019a). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática*, (pp. 27-32). Lisboa: Edições ISP. A [ebook]. Obtido em setembro 4, 2023, de <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%c3%bade%20na%20Pr%c3%a1tica%20%28E-Book%29.pdf>
- Sørensen, K. (2019b). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities in Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K., *International Handbook of Health Literacy: Research, practice, and policy across the lifespan*, 5. Policy Press, (pp. 5-20). Obtido em setembro 6, 2023, de <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
- Sørensen, K. (2022). Preface. Health literacy: A key to social change for better health and well-being in C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática – 2022* (pp. 11-13). Edições ISPA [ebook]. Obtido em setembro 6, 2023, de <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/9098>
- Tsahakis, J. M., Issar, N. M., Kadakia, R. J., Archer, K. R., Barzyk, T., & Mir, H. R. (2014). Health literacy in an orthopaedic trauma patient population: improving patient comprehension with informational intervention. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 28(4), e75-e79. <https://doi.org/10.1097/bot.0b013e3182a66921>
- Vaughan, B., Mulcahy, J., Coffey, A., Addinsall, L., Ryan, S., & Fitzgerald, K. (2017). A Mokken analysis of the literacy in musculoskeletal problems questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0826-2>
- Waite, K. R., Paasche-Orlow, M., Rintamaki, L. S., Davis, T. C., & Wolf, M. S. (2008). Literacy, social stigma, and HIV medication adherence. *Journal of general internal medicine*, 23, 1367-1372. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0662-5>
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>
- World Health Organization, (2021). *Health promotion glossary of terms*, pp. 6. Obtido em setembro 5, 2023, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

- World Health Organization, (2022). *Musculoskeletal health. Key facts*. Obtido em setembro 7, 2023, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- Williams, A., Kamper, S. J., Wiggers, J. H., O'Brien, K. M., Lee, H., Wolfenden, L., ... & Williams, C. M. (2018). Musculoskeletal conditions may increase the risk of chronic disease: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMC medicine*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1151-2>
- Zhang, F., Or, P. P. L., & Chung, J. W. Y. (2020). The effects of health literacy in influenza vaccination competencies among community-dwelling older adults in Hong Kong. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1504-5>

Anexos

A literacia em saúde é fundamental para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para a utilização eficaz e eficiente dos serviços de saúde disponíveis. Mais concretamente, os conhecimentos básicos de literacia em saúde de doentes com patologia ortopédica são essenciais para um melhor conhecimento do grau de informação em literacia em saúde e patologia musculo esquelética.

É convidado/a a participar voluntariamente neste estudo porque é um doente com patologia do aparelho locomotor.

A informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação sobre o tema de forma a melhorar conhecimento dos doentes com situações semelhantes e contribuir para um melhor autogestão da saúde e utilização dos serviços de saúde.

Este estudo contempla o preenchimento deste questionário anónimo (não tem de se identificar). É de esperar que este preenchimento não exceda os 10 minutos. Toda a informação recolhida é confidencial e de natureza exclusivamente académica, para fins de investigação. Os resultados refletem apenas as respostas dos participantes que manifestaram expressamente o seu consentimento para participar no estudo.

A sua participação é totalmente voluntária e isenta de qualquer tipo de prejuízo caso decida não participar ou desista do mesmo.

Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

Questionário LimP

1. Por favor, faça um círculo à volta da resposta que considerar a mais correta. Se tiver dúvidas sobre qual a mais apropriada, passe à pergunta seguinte.

A. Um osso "fraturado" é _____

- ₁ O mesmo que um osso partido
- ₂ Pior do que um osso partido
- ₃ Quando o osso fura a pele
- ₄ Mais fácil de tratar do que um osso partido
- ₅ Não sei

B. Os factos seguintes sobre raios x são todos verdadeiros, EXCETO:

- ₁ Os Raios X expõem a mais radiação do que a ressonância magnética (RM)
- ₂ Os Raios X expõem à mesma quantidade de radiação do que a tomografia axial computadorizada (TAC)
- ₃ Os Raios X expõem a menos radiação do que a tomografia axial computadorizada (TAC)
- ₄ Os raios x podem ser feitos com segurança a mulheres grávidas.
- ₅ Não sei.

C. Qual é o nome do osso da coxa?

- ₁ Úmero
- ₂ Rádio
- ₃ Fémur
- ₄ Tíbia
- ₅ Não sei

D. Um Cirurgião Ortopédico é _____

- ₁ Um médico que trata do coração
- ₂ Um médico que trata dos ouvidos, nariz e garganta
- ₃ Um médico especialista no cuidado dos pés
- ₄ Um médico especialista em ossos e músculos
- ₅ Não sei

E. O que é ciática?

- ₁ Uma dor nas costas e na(s) na perna(s) causada por artrite da anca.
- ₂ Uma dor nas costas e na/s na perna/s causada pela compressão das raízes nervosas na coluna vertebral.
- ₃ Uma dor severa na coxa devido a um espasmo muscular.
- ₄ Uma dor nas costas e na/s perna/s devido a um coágulo de sangue.
- ₅ Não sei

F. O joelho é _____

- ₁ Um osso
- ₂ Um ligamento
- ₃ Um músculo
- ₄ Uma articulação
- ₅ Não sei

G. Artrite é _____

- ₁ Um distúrbio articular devido à inflamação de uma ou mais articulações
- ₂ Devido ao desgaste de uma articulação
- ₃ Por vezes desenvolve-se devido a uma infeção
- ₄ Todas as respostas anteriores
- ₅ Não sei

H. Em que difere a Artrite Reumatoide (AR) da Osteoartrose (AO)?

- ₁ A AR resulta do desgaste das articulações, enquanto a OA se deve a uma doença inflamatória sistémica crónica
- ₂ A AR deve-se a uma doença inflamatória sistémica crónica, enquanto a OA se deve ao desgaste das articulações
- ₃ A OA só afeta pessoas mais velhas, ao passo que a AR só afeta pessoas mais jovens
- ₄ A AR apenas afeta as ancas e os joelhos, enquanto a OA pode afetar todas as articulações
- ₅ Não sei

I. Se partir o punho, o que é que o seu médico lhe pode fazer para o/a ajudar a curar-se?

- ₁ Uma cirurgia
- ₂ Um gesso
- ₃ Uma cirurgia ou um gesso
- ₄ Não sei

HLS-EU-Q16

2. Para cada uma das seguintes frases, por favor diga se é verdadeira ou falsa.

Numa escala de "muito difícil" a "muito fácil", qual o grau de dificuldade que sente a ...	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito fácil	Não sei
A. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
C. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
D. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
E. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
F. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
I. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
J. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
K. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
M. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
N. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
O. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
P. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. Fontes de Informação

Com que frequência utiliza cada uma das seguintes fontes e canais para procurar informação de saúde?	Nunca	Com pouca frequência	Com muita frequência	Sempre	Prefiro não responder
A - Governamentais nacionais (Ministério da Saúde, DGS, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B - Organizações internacionais (OMS, ECDC, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
C - Universidades (Cientistas ou investigadores)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
D - Empresas privadas (laboratórios farmacêuticos, alimentares, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
E - Amigos e/ou familiares	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
F - Profissionais de Saúde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G - Redes Sociais (ex. Twitter, Facebook, Instagram, WhatsApp, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H - Telejornais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
I - Outros programas de televisão	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
J - Rádio	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
K - Imprensa escrita (jornais e revistas)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
L - Pesquisa livre na Internet (Google, Youtube, Podcasts)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
M - Outra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

DADOS PESSOAIS

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

4. Qual a sua idade? _____ anos

5. Qual o seu sexo?

- ₁ Feminino
₂ Masculino

6. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Solteiro/a
₂ Casado/a ou em união de facto
₃ Separado/a
₄ Divorciado/a
₅ Viúvo/a

7. Que grau de ensino é que completou?

- ₁ Não sabe ler nem escrever
₂ Só sabe ler e escrever
₃ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
₄ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
₅ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
₆ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
₇ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

8. Qual a sua situação perante o trabalho?

- ₁ Empregado / autoemprego ⇨ Nº de horas de trabalho por semana _____
₂ Desempregado
₃ Reformado/a ou aposentado/a
₄ Estudante
₅ Doméstico/a

9. Tem formação ou já trabalhou em alguma profissão na área da Saúde?

- ₁ Sim
₂ Não

10. Foi alguma vez anteriormente seguido/a em consultas médicas pela doença que se queixa atualmente?

₁ Sim

₂ Não

8. Qual a localização principal das queixas?"

₁ Coluna

₂ Bacia

₃ Membro inferior

₄ Membro superior

MUITO OBRIGADO

Comissão de Ética

Exmo. Senhor
Dr. Nuno Deveza
Digmº Diretor Clínico do CHUC

Dr. Nuno Deveza
Diretor Clínico
C.H.U.C. - EPE
SUA REFERÊNCIA
+ 16/23

SUA COMUNICAÇÃO
DE

NOSSA REFERÊNCIA

DATA

N.º 217/CES

06-06-2023

Proc.Nº OBS.SF.037-2023

PI OBS.SF.037-2023 "Literacia em saúde e patologia musculo esquelética em doentes com patologia ortopédica"

Entrada na UID: 22-03-2023

Entrada na CES: 11-05-2023

Investigador/a/es: Carlos Miguel Clemente Alegre – Assistente Graduado de Ortopedia

Coordenador/a/es: Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira.

Co-Investigador/a/es:

Promotor: Carlos Miguel Clemente Alegre

Serviço de Realização: Serviço de Ortopedia – CHUC- consulta externa e internamento

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 24 de Maio de 2023, após reapreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

"A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no CHUC".

Mais informa que a CES do CHUC deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética do CHUC, E.P.E

Dra. Cláudia Santos
Presidente

CES do CHUC: Dra. Cláudia Santos, Dra. Alexandra Dinis, Enf.º Adélio Tinoco Mendes, Dra. Isabel Gomes, Dra. Isabel Ventura, Rev. Pe. Doutor Nuno dos Santos, Dr. Pedro Lopes, Doutora Teresa Lapa, Dra. Teresa Monteiro

Anexo III – Autorização do Autor



RE: Portuguese version of the Literacy in Musculoskeletal Problems (LIMP) Questionnaire

Pedro L Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>
Para: Andrew Rosenbaum <andrewrosenbaum@gmail.com>

Dear Dr. Andrew J. Rosenbaum,
Thank you very much.

As soon as I finish validating the Portuguese version of LIMP Questionnaire, I will send you a report.

Best regards.

Pedro L. Ferreira

Pedro Lopes Ferreira	Av. Dias da Silva, 165
Full Professor	3004 512 Coimbra - Portugal
pedrof@fe.uc.pt	Tel: +351 239 790 552
	Fax: +351 239 790 514



FACULTY OF ECONOMICS
CENTRE FOR HEALTH STUDIES AND RESEARCH
UNIVERSITY OF COIMBRA



From: Andrew Rosenbaum <andrewrosenbaum@gmail.com>
Sent: 18 de novembro de 2022 15:32
To: Pedro L Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>

Subject: Re: Portuguese version of the Literacy in Musculoskeletal Problems (LIMP) Questionnaire

Permission granted!

On Fri, Nov 18, 2022 at 9:42 AM Pedro L Ferreira <pedrof@fe.uc.pt> wrote:

Dear Dr. Andrew J. Rosenbaum,

Last week I sent an e-mail to you asking for your authorization to create and validate a Portuguese version of LIMP Questionnaire.


Can you please be so kind to give us such permission?

Best regards.

Pedro L. Ferreira

Pedro Lopes Ferreira	Av. Dias da Silva, 165
Full Professor	3004 512 Coimbra - Portugal
pedrof@fe.uc.pt	Tel: +351 239 790 552
	Fax: +351 239 790 514

Anexo IV - Consentimento Informado

	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	IM-02.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 88 de 106

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

Literacia em saúde e patologia musculo esquelética em doentes com patologia ortopédica.

PROMOTOR:

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

INVESTIGADOR COORDENADOR:

Pedro Augusto de Melo

CENTRO DE ESTUDO CLÍNICO:

CEISUC

INVESTIGADOR:

Carlos Miguel Clemente Alegre

MORADA:

Alameda Pedro e Inês, nº 15, 1º, 3040-375 - Coimbra

CONTACTO TELEFÓNICO:

962826393

NOME DO PARTICIPANTE:

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque é um doente com patologia do aparelho locomotor. Este estudo e permitir um melhor conhecimento do grau de informação em literacia em saúde e patologia musculo esquelética. A informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação sobre o tema de forma a melhorar conhecimento dos doentes com situações semelhantes e contribuir para um melhor autogestão da saúde e utilização dos serviços de saúde.

As informações que se seguem destinam-se a esclarecê-lo acerca da natureza, alcance, consequências e risco do estudo, de modo a permitir que, depois de esclarecido, se encontre capaz de decidir participar, ou não, neste estudo.

Caso não tenha qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Se não quiser participar não sofrerá qualquer tipo de penalização. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário.

Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia, que deve guardar.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer no CHUC em colaboração com FEUC e tem por objetivo a elaboração de uma tese de Mestrado de Gestão e Economia da saúde

Trata-se de um estudo clínico sem intervenção.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir

prova pública dessa proteção.

2. PLANO E METODOLOGIA DO ESTUDO

Será preenchido os seguintes os questionários anónimo durante 5-10 minutos após colaboração solicitada ao participante: LIMP (traduzido em português), seguido de o HLS-EU-Q16 e de dados demográficos (idade, género, escolaridade, situação profissional, situação familiar, actividade relacionada com a saúde, tratamentos anteriores para mesma patologia). Duração prevista de 1 a 3 meses. Com compromisso da confidencialidade quanto da identidade dos participantes no caso de publicação.

Será construída uma base de dados e tratamento estatístico (análise e descrição das variáveis, e avaliação a relação entre estas através de um estudo correlacional)

3. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES

3.1 Responsável pelos dados

Carlos Miguel Clemente Alegre

3.2 Recolha de dados

Direta autónoma por impresso.

3.3 Categorias de dados

Dados identificativos anónimos, académicos e profissionais: idade, género, escolaridade, situação profissional (incluindo actividade ou não relacionada com a saúde), situação familiar.

3.4 Tratamento de dados

Recolha dos dados em questionário e registo, conservação e consulta em base de dados:
Excel/SPSS
Sem forma de disponibilização para além do investigador.

3.5 Medidas de proteção adotadas

Base de dados (ficheiro) do investigador - Minimização dos dados e a anonimização.

3.6 Prazo de conservação dos dados

Durante a elaboração e defesa da tese de mestrado.

3.7 Informação em caso de publicação

Informar os participantes se os resultados forem publicados, comprometendo-se a assegurar a confidencialidade da sua identidade e dos seus dados.

4. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE

PREENCHIMENTO DE QUESTIONÁRIO DE 5 A 10 MINUTOS

5. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

A informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação sobre o tema de forma a melhorar conhecimento dos doentes com situações semelhantes e contribuir para um melhor autogestão da saúde e utilização dos serviços de saúde.

6. NOVAS INFORMAÇÕES

Será transmitida ao participante qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

Se alterar a objetivo do estudo, seja por alargamento da finalidade inicial, seja pela prossecução de novas e diferentes finalidades proceder-se à recolha de novo consentimento, junto do participante, de modo a contemplar a alteração às finalidades inicialmente propostas.

7. RESPONSABILIDADE CIVIL

A participação no estudo não implicar intervenções fora dos cuidados habituais e/ou deslocações específicas para a realização do estudo.

8. PARTICIPAÇÃO / RETIRADA DO CONSENTIMENTO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura, através da notificação ao investigador, sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalização ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

O consentimento entretanto retirado não abrange os dados recolhidos e tratados até a essa data.

O investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode também terminar se o plano do estudo não estiver a ser cumprido. O investigador notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias.

9. CONFIDENCIALIDADE

Será garantido o respeito pelo direito do participante à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais; devendo ainda ser assegurado que será cumprido o dever de sigilo e de confidencialidade a que se encontra vinculado, conforme disposto no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08.

10 – DIREITO DE ACESSO E RETIFICAÇÃO

Pode exercer o direito de acesso, retificação e oposição ao tratamento dos seus dados. Contudo, este direito pode ser sujeito a limitações, de acordo com a Lei.

11. REEMBOLSO E/OU RESSARCIMENTO DO PARTICIPANTE

Não se aplica.

12. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR

Não se aplica.

13. CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigador	CARLOS MIGUEL CLEEMENTE ALEGRE
Morada	ALAMEDA PEDRO E INÉS, 15, 1ª, 3030-375 - COIMBRA
Telefone	962826393
Email	CMALEGRE@GMAIL.COM

Se tiver dúvidas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, poderá contactar:

Presidente da Comissão de Ética do CHUC
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta Mota Pinto, 3000 075 Coimbra
Telefone: 239 400 400
e-mail: secetica@chuc.min-saude.pt

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Projeto de Investigação

Literacia em saúde e patologia musculo esquelética em doentes com patologia ortopédica.

Nome do Participante:

BI / CC:

Contactos:

Nome do Investigador:

- No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:
- do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
 - da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
 - e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;
 - que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
 - e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar o investigador de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer (*quando aplicável*);
 - e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
 - que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
 - que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
-

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigador	CARLOS MIGUEL CLEEMENTE ALEGRE
Morada	ALAMEDA PEDRO E INÊS, 15, 1ª, 3030-375 - COIMBRA
Telefone	962826393
Email	CMALEGRE@GMAIL.COM

Se tiver dúvidas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, poderá contactar:

Presidente da Comissão de Ética do CHUC
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta Mota Pinto, 3000 075 Coimbra
Telefone: 239 400 400
e-mail: secetica@chuc.min-saude.pt

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Projeto de Investigação

Literacia em saúde e patologia musculo esquelética em doentes com patologia ortopédica.

Nome do Participante:	
BI / CC:	Contactos:
Nome do Investigador:	

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
 - da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
 - e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;
 - que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
 - e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar o investigador de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer (*quando aplicável*);
 - e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
 - que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
 - que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
-