

Vânia Andreia Sousa Carneiro

Literacia em saúde: Um retrato da população adulta portuguesa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Vânia Andreia Sousa Carneiro

Literacia em saúde: Um retrato da população adulta portuguesa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Vânia Andreia Sousa Carneiro

Literacia em saúde: Um retrato da população adulta portuguesa

Vânia Andreia Sousa Carneiro

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

Resumo

Atualmente, a literacia em saúde é considerada uma ferramenta imprescindível para frequentar adequadamente o Serviço Nacional de Saúde. Esta engloba conhecimentos necessários para que os indivíduos saibam procurar, selecionar, compreender, comunicar e tomar decisões relativas à sua saúde/doença, de forma autónoma, confortável e consciente, com o objetivo de não só cuidar da sua saúde, como também prevenir doenças e manter uma vida saudável. O presente trabalho está organizado em duas partes. A primeira parte consiste num artigo de revisão da literatura que tem como objetivo conhecer o nível de literacia em saúde na população adulta portuguesa, tendo em consideração algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos sujeitos. De uma forma geral, os resultados sugerem que a literacia em saúde nos adultos portugueses é baixa revelando ter dificuldades e fragilidades ao nível da mesma, com destaque para os grupos considerados vulneráveis: pessoas do sexo feminino, pessoas com idade avançada, indivíduos com baixos níveis de escolaridade, viúvos, desempregados, de estatuto social baixo, com diagnóstico de alguma doença e pessoas com baixa perceção de qualidade de vida. A segunda parte integra um artigo de natureza empírica, em que se apresenta um estudo que tem como objetivo geral descrever os níveis de literacia em saúde funcional, comunicacional e crítica, numa amostra adulta portuguesa, tendo em consideração as características sociodemográficas e clínicas dos 316 participantes, onde foram administrados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e clínico e a Escala de Literacia em Saúde (ELS). Os resultados indicam que, globalmente, os níveis de literacia apresentados são medianos. Ao nível dos domínios da literacia em saúde a pontuação mais alta é da literacia comunicacional, que apresenta valores razoáveis ($M=73,87$; $DP=15,56$), seguida da literacia funcional ($M=63,69$; $DP=13,30$) e, por último, a crítica, que se apresenta como baixa ($M=31,99$; $DP=7,03$). Os resultados sugerem ainda, a existência de associação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas nos níveis de literacia em saúde. Variáveis como a idade e a escolaridade demonstram exercer influência nos níveis de literacia em saúde. Denota-se a necessidade de promover a literacia em saúde junto dos grupos vulneráveis, em particular, mas também na população portuguesa em geral.

Palavras-chave: literacia; saúde; avaliação; adultos; Portugal

Abstract

Currently, health literacy is considered an essential tool to adequately attend to the National Health Service. This includes knowledge necessary for individuals to be able to independently seek, select, understand, communicate and make decisions regarding their health / illness in an autonomous, comfortable way and conscious, with the aim of not only taking care of your health, but also preventing illnesses and maintaining a healthy life. This paper is organized in two parts. The first one consists of an article reviewing the literature that aims to know the level of health literacy in the Portuguese adult population, taking into account some sociodemographic and clinical variables of the subjects. In general, the results suggest that health literacy in Portuguese adults is low, revealing difficulties and weaknesses in the level of education, especially in groups considered vulnerable: female, elderly, individuals with low educational levels, widows, unemployed, those with low social status, diagnosis with some disease and people with low perception of quality of life. The second part includes an empirical article, which presents a study whose general objective is to describe functional, communicational and critical health literacy levels in a Portuguese adult sample, taking into account the sociodemographic and clinical characteristics of the 316 participants, where two instruments were administered: to a sociodemographic and clinical questionnaire and to the Health Literacy Scale (ELS). The results indicate that, overall, the literacy levels presented are medium. When the three health literacy domains are considered, the highest score is communicational health literacy, which presents reasonable values ($M=73.87$; $SD=15.56$), followed by functional health literacy ($M=63.69$; $SD=13.30$) and, finally, the critical health literacy, which is the lowest ($M=31.99$; $SD=7.03$). The results also suggest the existence of an association between some sociodemographic and clinical variables and health literacy. Variables such as age and schooling have been shown to exert influence on levels of health literacy. There is a need to promote health literacy among vulnerable groups, in particular, but also in the Portuguese population in general.

Keywords: literacy; health; evaluation; adults; Portugal

Agradecimentos

À Professora Doutora Isabel Silva, orientadora da dissertação, por toda a dedicação, gosto e cuidados demonstrados. Pelo conhecimento transmitido e pelas reflexões. Pela paciência e disponibilidade. Pelo companheirismo, tranquilidade, motivação e inspiração, a minha enorme gratidão.

Aos meus amigos, fiéis companheiros, muito poucos mas tão importantes. Pelos sentimentos de partilha, união, por estarem sempre, por vezes, em segredo e à sua maneira a torcer e a desejar o meu melhor. A vós, um orgulhoso obrigado. Aplauzo de pé a nossa amizade.

À minha família, que de forma direta ou indireta, me acompanhou ao longo desta concretização. Carinhosamente à minha avó, que embora não compreenda este acontecimento, fica verdadeiramente feliz por me ver feliz.

Ao Rafael, que caminha comigo, lado a lado, um doce obrigado pela transmissão de confiança em todos os momentos, pela compreensão da minha ausência em prol deste trabalho e por todos os sentimentos positivos que me proporcionou, a fim de minimizar as minhas fragilidades e potenciar as qualidades.

Aos meus pais, por terem tornado possível este meu sonho.

Em especial ao meu Pai, pelo homem guerreiro que é, com uma incalculável força de viver. A ele dedico esta minha (mas tão nossa) realização. Obrigada por seres o meu maior modelo de coragem e por sempre acreditares em mim. Pelo teu apoio incondicional, pela força e palavras de incentivo constante, por acreditares nos meus sonhos, mas essencialmente, por sonhares comigo. Desde sempre, por tudo, eternamente grata.

A todos os que participarem neste projeto e apoiaram o desenvolvimento deste trabalho, Muito Obrigada!

Índice

Resumo	i
Abstract.....	ii
Agradecimentos	iii
Índice	iv
Índice de Figuras	v
Índice de Quadros.....	vi
Lista de Siglas e Abreviaturas	vii
Introdução.....	1
Literacia em saúde: Uma revisão da literatura	4
Um retrato da literacia em saúde funcional, comunicacional e crítica em adultos portugueses.....	33
Conclusão	55
Referências	59

Índice de Figuras

- **Artigo I – Literacia em saúde: Uma revisão da literatura**

Figura 1 – Fluxograma dos critérios de seleção dos artigos para a revisão sistemática

Figura 2 – Esquema do número total de documentos a analisar na revisão

Índice de Quadros

- **Artigo I – Literacia em saúde: Uma revisão da literatura**

Quadro 1 – Artigos incluídos na revisão sistemática ($n=7$)

Quadro 2 – Documentos incluídos na literatura cinzenta ($n=6$)

- **Artigo II – Um retrato da literacia em saúde funcional, comunicacional e crítica em adultos portugueses**

Quadro 1 – Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas, fazendo a distinção entre os sexos e total

Quadro 2 – Lista de doenças referidas pelos participantes que responderam “Sim” à questão “Sofre de alguma doença? Se sim, qual (ais)?”

Quadro 3 – Caracterização da Escala de Literacia em Saúde (ELS)

Quadro 4 – Exemplos dos itens da ELS por domínios (3 subescalas) e respetivos resultados (média e desvio padrão)

Quadro 5 – Níveis de escolaridade e resultados na ELS (total e três subescalas)

Lista de Siglas e Abreviaturas

B-ON – Biblioteca do Conhecimento Online

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ELS – Escala de Literacia em Saúde

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

HLS-EU – *European Health Literacy Survey*

IMC – Índice de Massa Corporal

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PNPSO – Plano Nacional de Proteção de Saúde Oral

SAHLSA-50 – *Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TOFHLA – *Test of Functional Health Literacy in Adults*

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantida

WHO – World Health Organization

WLF – World Literacy Foundation

Introdução

A palavra “saúde” deriva de uma outra palavra antiga alemã, que em inglês é representada pelos termos “hale”, que significa saúde, vigor e pelos termos “whole” que significa completo, integral, às quais referem-se a um estado de “integridade do corpo” (Straub, 2005). Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948), este conceito é definido como uma combinação de vários estados positivos, tais como, o bem-estar físico, psicológico, social, económico e espiritual e não somente como um estado de ausência de doença (WHO, 1948).

É certo, que ao longo do tempo, se têm assistido a um inúmero desenvolvimento quer ao nível científico, como também ao nível tecnológico, social e económico, que se por um lado, permitiu dar solução a muitos dos problemas de saúde do passado, por outro lado, contribuiu para que atualmente sejamos confrontados com novas realidades e profundas transformações e, paralelamente, com problemas mais complexos, tais como, as alterações nas necessidades em cuidados de saúde associadas ao aumento da esperança média de vida, queda acentuada da natalidade, envelhecimento progressivo da população, maior incidência e prevalência de doenças crónicas, o que origina novos desafios aos sistemas de saúde e, conseqüentemente, a quem os frequenta (Serrão, 2014; Sousa, 2009; WHO, 1948).

Todas estas transformações na sociedade, refletem-se inevitavelmente em transformações ao nível do sistema de saúde. O modelo paternalista de saúde tem vindo a ser substituído por um modelo de saúde mais colaborativo, ativo e participativo, ou seja, cada vez mais deixam de ser os profissionais de saúde a tomar as decisões e a fazer as escolhas pelos utentes, passando estes últimos, a adotar um papel ativo no acesso à informação de saúde e tomadas de decisão acerca da mesma (Brabers, et al. 2017; OPP, 2015; Von Korff, et al. 1997).

Segundo Serrão (2014), a conjugação destes fatores implica o envolvimento autêntico de diferentes atores, uma vez que, a saúde, cada vez mais têm-se desvinculado da exclusividade da responsabilidade do Estado, passando também a estar à responsabilidade de cada cidadão (Serrão, 2014; Sousa, 2009). A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2015) reforça a ideia anterior, afirmando que cada vez mais, os cidadãos são reconhecidos como parceiros dos profissionais e sistemas de saúde.

A literacia em saúde é então encarada como um conjunto de conhecimentos, competências e motivação quer para aceder, como também para comunicar, compreender, avaliar, aplicar, julgar e tomar decisões relacionadas com a saúde, assim como para prevenir a doença e promover a saúde, com o intuito de não só melhorar, mas também manter a qualidade de vida ao longo do período vital (Espanha, Ávila & Mendes, 2015; OPP, 2015).

É de referir que a literacia em saúde para além de ser encarada como um fator-chave na transição do modelo biomédico para o “*collaborative management*” (modelo colaborativo) (OPP, 2015; Von Korff, et al. 1997), esta também demonstra ter implicações significativas a vários níveis, nomeadamente, ao nível da saúde individual, uma vez que contribuí para um aumento de conhecimentos e competências sobre saúde, para um melhor estado de saúde e conseqüentemente, para uma utilização menos frequente dos serviços de saúde, mas também, ao nível da saúde coletiva e na gestão dos recursos e gastos em saúde, uma vez que, contribuí para a redução dos custos de cuidados de saúde (Nutbeam, 2000)

A relevância da literacia em saúde como tema de investigação tem sido enunciada em alguns estudos, que consideram que esta pode desempenhar um papel muito importante e fundamental na manutenção da condição de saúde, salientando ainda, que pode ser destacada como um elemento preditor pouco explorado de desigualdades em saúde (Parker, 2000; Peerson & Saunders, 2009).

Tendo em conta que são vários os estudos que apontam que em Portugal prevalecem baixos níveis de literacia em saúde (Cunha, et al. 2014; Espanha, et al. 2015; Pedro, et al. 2016; Saboga-Nunes, et al. 2014; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016) e que, segundo Kickbusch et al. (2005), a Europa despense grande parte dos seus recursos no setor da saúde, gastos esses, que podiam ser diminuídos, promovendo a literacia em saúde, considerou-se pertinente estudar a mesma em Portugal, de modo a conhecer e identificar grupos vulneráveis neste campo na sociedade portuguesa, com o intuito posterior, de fornecer informações pertinentes e orientadoras para futuras ações e intervenções no sentido da sua melhoria.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral descrever os níveis de literacia em saúde (literacia funcional, comunicacional e crítica), numa amostra adulta portuguesa, tendo em consideração as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Este encontra-se estruturado em duas partes: a parte I refere-se a um artigo de revisão da literatura e a parte II refere-se ao artigo empírico. Em ambas as partes foi adotada a seguinte estrutura: resumo, *abstract*, introdução, método, resultados, discussão e referências.

A primeira parte relativa à revisão da literatura foi desenvolvida tendo por base dois diferentes tipos de revisão: a revisão sistemática e a revisão da literatura cinzenta, com o objetivo de conhecer o estado de arte relativo ao tema em análise. Após a introdução é apresentado no método tópicos relativos ao procedimento, aos critérios de inclusão, exclusão e ao procedimento de organização do material. De seguida, são expostos os resultados e a respetiva discussão e referências.

A segunda parte refere-se à contribuição empírica e inclui aspetos relativos à investigação realizada, nomeadamente, os objetivos da mesma, o método, fazendo alusão aos participantes, instrumentos utilizados e procedimento, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Para a realização da investigação, os dados foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico e clínico e da Escala de Literacia em Saúde (ELS) (Silva, Jólluskin & Carneiro, versão em estudo).

Para finalizar, é apresentada uma conclusão integradora do estudo e as referências consultadas na introdução e conclusão.

Literacia em saúde: Uma revisão da literatura

Resumo

A literacia em saúde é definida como a capacidade individual que cada indivíduo tem para aceder, comunicar, compreender, gerir, refletir e tomar decisões relativas à saúde. O objetivo do presente artigo é conhecer o nível de literacia em saúde na população adulta portuguesa, tendo em consideração algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos sujeitos. Para tal, recorreu-se a dois diferentes métodos de pesquisa: a revisão sistemática e análise da literatura cinzenta. A revisão sistemática foi realizada na base de dados B-On, com as seguintes combinações de descritores: "*health literay*" and "*Portuguese*", "*Portuguese people*" e "*Portugal*". Nesta pesquisa inicial, obtiveram-se 41 artigos, que após terem sido removidos os duplicados e aplicados os critérios de elegibilidade, ficaram reduzidos a um total de 7 para a análise final. Relativamente à literatura cinzenta, aplicaram-se os critérios de inclusão apenas a documentos provenientes de fontes de reconhecido mérito científico, tendo sido selecionado um total de 6 documentos para posterior análise. A literacia em saúde nos adultos portugueses é, de uma forma geral, baixa. Os grupos considerados mais vulneráveis em termos de literacia em saúde são os constituídos por pessoas do sexo feminino, pessoas com idade avançada, indivíduos com baixos níveis de escolaridade, viúvos, desempregados, de estatuto social baixo, com diagnóstico de alguma doença e pessoas com baixa perceção de qualidade de vida. Estes resultados vêm reforçar a urgência de um trabalho de investigação e de intervenção em profundidade neste campo.

Palavras-chave: literacia, saúde, adultos, Portugal

Abstract

Health literacy is defined as the individual's ability to access, communicate, understand, manage, reflect, and make decisions about health. The aim of this paper is to know the level of health literacy in Portuguese adult population, taking into account some sociodemographic and clinical variables of the subjects. For this, two different research methods were used: a systematic review and an analysis of the gray literature. The systematic review was carried out in the B-On database, with the following combinations of descriptors: "*health literay*" and "*Portuguese*", "*Portuguese people*" and "*Portugal*". In the initial study, 41 articles were obtained, which after the duplicates were removed and the eligibility criteria applied, were reduced to a total of 7 for the final analysis. Regarding

the gray literature, the inclusion criteria were applied only to documents from sources of recognized scientific merit, and a total of 6 documents were selected for further analysis. Health literacy in Portuguese adults is, in general, low. The groups considered to be most vulnerable in terms of health literacy are women, the elderly, individuals with low educational levels, widows, the unemployed, those with low social status, diagnosed with some disease and people with low perception of quality of life. These results reinforce the urgency of in-depth research and intervention in this field.

Keywords: literacy, health, adults, Portugal

O conceito literacia é definido como a capacidade que cada indivíduo tem para usar e interpretar a informação escrita no dia-a-dia, englobando domínios como a leitura, a escrita e o cálculo (Benavente et al., 1996).

Segundo Ávila (2005), este pode ser sistematizado segundo três grandes pressupostos: **(1)** refere-se ao facto de que esta é uma conceção não dicotómica, que remete para contínuos de competências, uma vez que esta não pode ser encarada como algo que se adquire num determinado momento e permanece válido para todo o sempre; **(2)** alude ao facto dessas competências serem entendidas numa perspectiva dinâmica, tendo em conta dois pontos de vista: não só que as exigências da sociedade relativamente à literacia não se mantêm constantes, como as competências dos indivíduos podem regredir ou evoluir, ou seja, não é algo linear, nem estático, mas sim mutável no tempo; e, por último, **(3)** remete para o facto de que esta é uma conceção multidimensional, uma vez que são muitas as dimensões, ou tipos de competências, que estão subjacentes a este conceito, como é o caso da **(a)** literacia em prosa, **(b)** literacia documental e **(c)** literacia quantitativa (Ávila, 2005).

Uma primeira dimensão diz respeito à **(a)** literacia em prosa, que consiste na aptidão para entender e usar informação contida em textos, como por exemplo, em manuais de instruções; **(b)** a segunda dimensão corresponde à literacia documental, que, para além de integrar a compreensão e uso de informação, tem também como componentes a localização e seleção de informação contida em diferentes formatos, é exemplo, o uso de impressos de horários de transportes; e, por último, **(c)** a literacia quantitativa, que diz respeito a conhecimentos e capacidades para lidar com material escrito que envolva operações aritméticas, isoladas ou sequenciais, em diversos contextos

a partir de informação contida em materiais, como por exemplo, uma encomenda ou um livro de cheques (Ávila, 2005; Benavente et al. 1996).

Nos dias de hoje, o ser humano para desempenhar um papel ativo e integrado na sociedade cada vez mais complexa e exigente, aos mais variados níveis, deve possuir e usar uma larga e diversificada gama de habilidades e competências, em essência, muitos tipos de literacias, incluindo uma literacia para a saúde.

A literacia em saúde é definida como um culminar de competências (por exemplo: leitura, audição, reflexão, análise crítica, tomada de decisão), habilidades e conhecimentos por parte dos indivíduos, que são imprescindíveis para que estes consigam aceder, compreender, avaliar e utilizar informações relacionadas com o setor da saúde, que lhes permitam refletir e tomar decisões não só ao nível dos cuidados de saúde, mas também, ao nível da prevenção de doenças e, por último, mas não menos importante, ao nível da promoção de uma vida saudável (Espanha & Ávila, 2016; Saboga-Nunes, et al. 2014; Saraiva & Luz, 2017).

Autores como Kickbusch et al. (2005) complementam a definição anterior com a componente social e de vida em sociedade, definindo literacia em saúde como:

A capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de 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 as responsabilidades (p.8)

Neste sentido, a World Health Organization (2009) defende a existência de três grandes abordagens na conceptualização da literacia em saúde, são elas: **(a)** literacia funcional; **(b)** literacia conceptual e **(c)** literacia em saúde como capacitação. A **(a)** literacia em saúde funcional engloba competências que permitem os indivíduos terem capacidades de leitura de informações relacionadas com os cuidados de saúde, bem como, capacidades de compreensão de informações escritas e orais facultadas pelos profissionais de saúde, de modo, a agir de acordo com as mesmas. Por outro lado, a **(b)** literacia em saúde conceitual, consiste em aptidões que vão sendo desenvolvidas ao longo do percurso de vida dos indivíduos, que lhes permitem procurar, compreender, avaliar e usar informações, fazer escolhas esclarecidas, reduzir comportamentos prejudiciais para a saúde e conseqüentemente, aumentar a sua qualidade de vida. Por último, a **(c)** literacia

em saúde como capacitação, revigora a adoção de comportamentos de cidadania ativa para a gestão, prevenção da doença e promoção da saúde (WHO, 2009).

Num contexto em que, atualmente, se dá ênfase à crescente autonomia e empoderamento dos indivíduos, Nutbeam (2000) defende a existência de três níveis graduais de literacia em saúde: **(a)** funcional/básica, **(b)** interativa/comunicativa e **(c)** crítica. A **(a)** literacia em saúde funcional diz respeito às habilidades básicas, como a leitura, escrita e cálculo que se revelam necessárias para uma adequada integração no contexto de saúde. Num nível mais avançado, a **(b)** literacia em saúde interativa/comunicativa, implica aptidões cognitivas e sociais, que podem ser usadas em contexto diário para extrair informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação, dando uso a essas mesmas novas informações através da participação ativa nos cuidados de saúde. Por último, a **(c)** literacia em saúde crítica, também requer competências cognitivas e sociais, que podem ser utilizadas para analisar criticamente e reflexivamente a informação adquirida, de modo a usá-la para exercer maior controlo e poder sobre os acontecimentos vivenciais, nomeadamente através da participação em ações e tomadas de decisões ligadas à saúde e doença (Nutbeam, 2000).

Estudos desenvolvidos nesta área demonstram que a prevalência de baixos níveis de literacia em saúde tende a ser maior na população idosa (Baker, et al. 2000), em indivíduos com baixo estatuto social, com baixa escolaridade (Bennett, et al. 2009) e baixos recursos financeiros, bem como em utentes com doenças crónicas e em doentes que recorrem aos serviços de saúde públicos (Speros, 2005; WHO, 2013). Relativamente ao sexo, não se verifica concordância nos resultados obtidos, uma vez que se alguns estudos apontam para uma maior literacia em saúde no sexo masculino (Toçi et al. 2013) outros revelam o contrário (Sudore, et al. 2006). Por último, a investigação aponta para que os casados tendam a obter valores mais elevados do que os viúvos relativamente à literacia em saúde (Serrão, et al. 2015) e que esta está associada a piores estados de saúde (WHO, 2013) e menor qualidade de vida (Espanha & Ávila, 2016).

Por outro lado, adequados níveis de literacia, estão relacionados com melhorias na condição de saúde das pessoas (Pedro, et al. 2016; WHO, 2013), nomeadamente através da adoção de práticas de higiene apropriadas, melhores conhecimentos nutricionais, maior acesso a cuidados preventivos, redução do insucesso escolar, da insegurança e da taxa de desemprego (WLF, 2015). Nutbeam (2000) acrescenta que, em

termos de benefícios de saúde, a literacia em saúde não implica somente vantagens na esfera individual (pessoais), mas também, benefícios coletivos (sociais).

Segundo Kickbusch (2005), para promover a literacia em saúde nas sociedades é preciso que todos os envolvidos adquiram competências: os cidadãos precisam de se tornar autónomos quanto às decisões relacionadas com a sua saúde, não respondendo apenas a decisões tomadas por outros; os utentes precisam de adquirir capacidades para se envolverem ativamente nos cuidados a que estão sujeitos; os profissionais precisam de ajustar a sua comunicação de modo a atender as necessidades dos seus utentes e funcionarem como um elo de auxílio na promoção da literacia em saúde nos mesmos; e, por último, os políticos necessitam de incorporar este domínio nos seus projetos e estabelecer objetivos no sentido de espalhar a saúde na população (Kickbusch, 2005).

Assim, a presente revisão da literatura tem como objetivo geral caracterizar o nível de literacia em saúde na população adulta portuguesa. Os objetivos específicos passam por: **(a)** verificar se existem diferenças entre o sexo masculino e feminino relativamente à literacia em saúde; **(b)** analisar se existe uma associação entre idade e literacia em saúde; **(c)** analisar se existem diferenças entre indivíduos com diferentes níveis de escolaridade quanto à literacia em saúde; **(d)** verificar se existem diferenças entre os diferentes estados civis e literacia em saúde; **(e)** analisar se existem diferenças entre pessoas com diferentes estatutos sociais e literacia em saúde; **(f)** verificar se existem diferenças entre indivíduos com e sem diagnóstico de doença quanto à sua literacia em saúde; **(g)** analisar se existe associação entre a perceção do estado de saúde em geral e literacia em saúde e, por último, **(h)** analisar se existe associação entre a perceção da qualidade de vida e literacia em saúde.

Método

Procedimento

Com o objetivo de explorar e sumariar o conhecimento atual existente acerca da literacia em saúde em Portugal, optou-se por recorrer a dois diferentes tipos de revisão: a revisão sistemática e a revisão da literatura cinzenta.

A revisão sistemática é definida como a formulação clara de questões, que recorrem a um conjunto de procedimentos sistemáticos e claros de modo a identificar, selecionar, avaliar, recolher e analisar criticamente estudos importantes, (Liberati et al.

2009), tendo por base técnicas que procuram minimizar o viés e o erro, fornecendo, assim, evidência de qualidade (Tranfield et al. 2003). Autores como Sampaio e Mancini (2007), reforçam a ideia anterior, referindo que uma revisão sistemática requer inicialmente a elaboração de uma pergunta objetiva, posteriormente, a definição de uma estratégia de pesquisa, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos e, por último, uma análise minuciosa e rigorosa da qualidade da literatura selecionada.

Por outro lado, a literatura cinzenta é definida como tudo aquilo que é produzido ao nível de agências governamentais (governo), científicas (institucionais) e/ou outras publicações (académicas, empresariais e industriais) em formato papel como também eletrónico, mas que não é controlado por editores científicos ou comerciais (Botelho & Oliveira, 2017). Contudo, cada vez mais existe produção de “literatura cinzenta” que apresenta informação teórica e prática, que não pode, nem deve, ser ignorada (Ribeiro, 2014). Segundo Filho et al. (2006), este tipo de revisão é credível e merece confiança, pois as informações veiculadas através dela podem ter um valor inestimável para o desenvolvimento de diversas áreas do conhecimento.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram definidos no presente estudo critérios de inclusão e exclusão dos textos a analisar, quer no que respeita aos artigos científicos da revisão sistemática, quer aos documentos classificados da literatura cinzenta.

▪ Revisão sistemática

De forma a serem incluídos no estudo os artigos devem: **a)** avaliar e descrever a literacia em saúde em indivíduos portugueses com idade igual ou superior a 18 anos e os termos "*health literacy*" aparecer no “ti título”, especificamente, "*Portuguese people*" e "Portugal" (sem nenhum campo opcional selecionado); **b)** ser provenientes de revistas académicas, revistas por especialistas; **c)** com acesso na íntegra (aberto e/ou desconhecido); **d)** publicados entre 2010 e 2017 e, por último, **e)** redigidos nos idiomas português, inglês e/ou espanhol.

Foram excluídos: **a)** artigos de caracterização de instrumentos de avaliação (adaptação, validação, estudo de qualidades psicométricas, metodologias), sem componente descritiva do tema em estudo; **b)** artigos em que a amostra não é constituída por adultos (em que os participantes não tenham idade igual ou superior a 18 anos; **c)**

artigos que no seu corpo não façam referência à descrição da literacia em saúde em Portugal, apesar de o termo “*health literacy*” aparecer no título e no resumo.

As pesquisas foram realizadas na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON). As combinações de descritores utilizadas foram: “*health literacy*” (ti título) and “*Portuguese*”, “*Portuguese people*” e “*Portugal*” (sem nenhum campo opcional selecionado).

Da aplicação destes critérios, resultaram no total sete artigos para análise.

▪ **Literatura cinzenta**

Na literatura cinzenta apenas foram consultadas no Google documentação produzida por organismos oficiais considerados credíveis no domínio da saúde, tais como: Entidade Reguladora de Saúde (ERS), Fundação Calauste Gulbenkian, materiais produzidos pelo Ministério da Saúde do Governo Português, entre outros.

Relativamente aos critérios de seleção deste tipo de documentação, estes foram de encontro aos estabelecidos na revisão sistemática. Foram definidos como critérios de inclusão considerar os documentos que: **a)** se propõe avaliar e descrever a literacia em saúde em indivíduos portugueses com idade igual ou superior a 18 anos; **b)** provenientes de organismos oficiais de saúde; **c)** publicados entre 2010 e 2017, **d)** redigidos nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; e por último, **e)** estudos que avaliem a perceção de profissionais de saúde em Portugal, relativamente à sua literacia em saúde e à dos utentes.

Foi excluída: **a)** toda a documentação que não fosse produzida por fontes científicas, governamentais e académicas, no domínio da saúde e, por último, **b)** que não fizesse referência à descrição da literacia em saúde nos adultos em Portugal.

Assim, na literatura cinzenta foram selecionados um número total de seis documentos para posterior análise.

Procedimento de organização do material da revisão sistemática

A Figura 1 ilustra os procedimentos realizados para a seleção do material a usar na revisão sistemática, mais concretamente, o fluxograma.

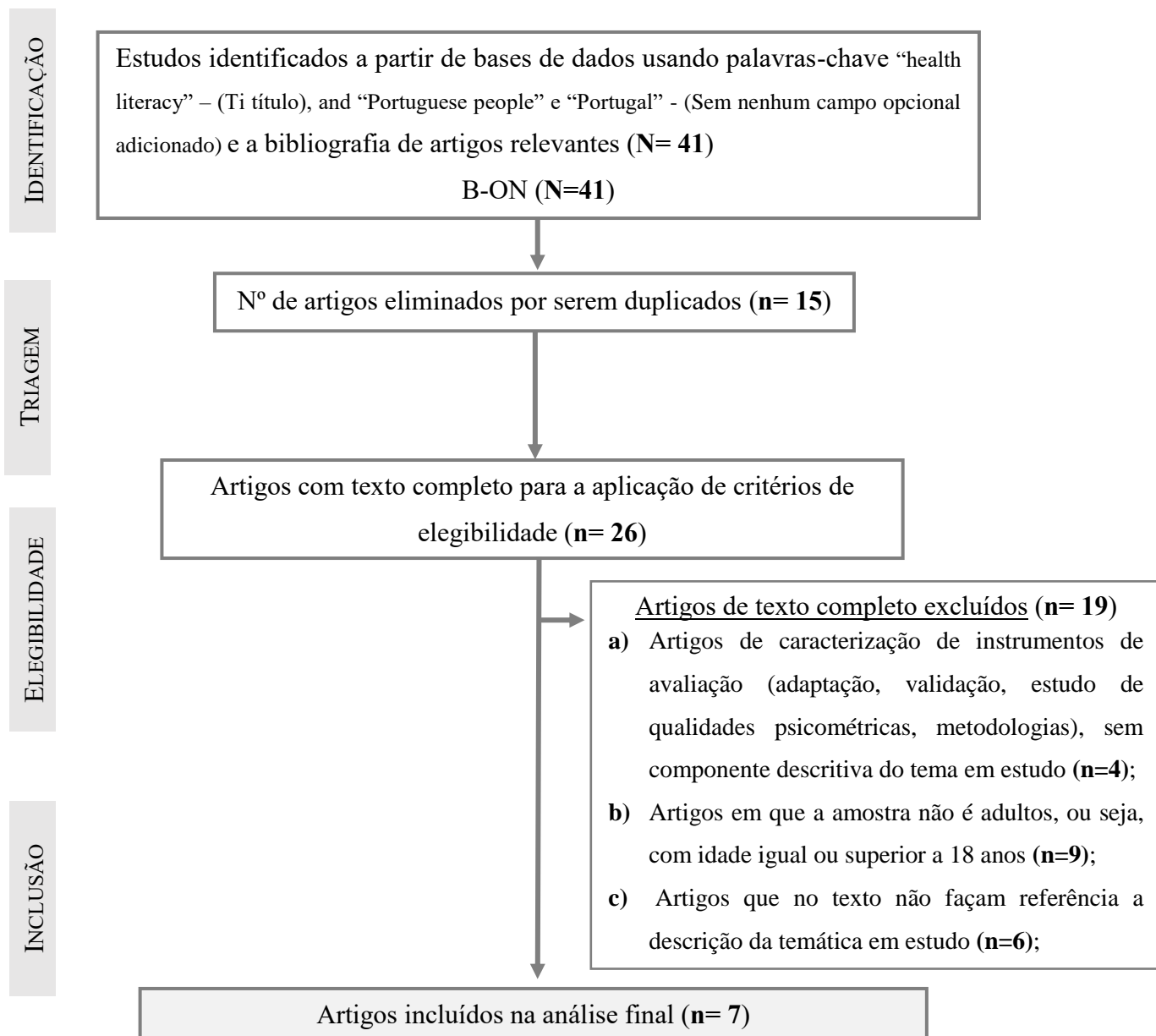


Figura 1. Fluxograma dos critérios de seleção dos artigos para a revisão sistemática

A Figura 2 representa o número total de documentos selecionados nos dois tipos de revisão mencionados e descritos anteriormente.

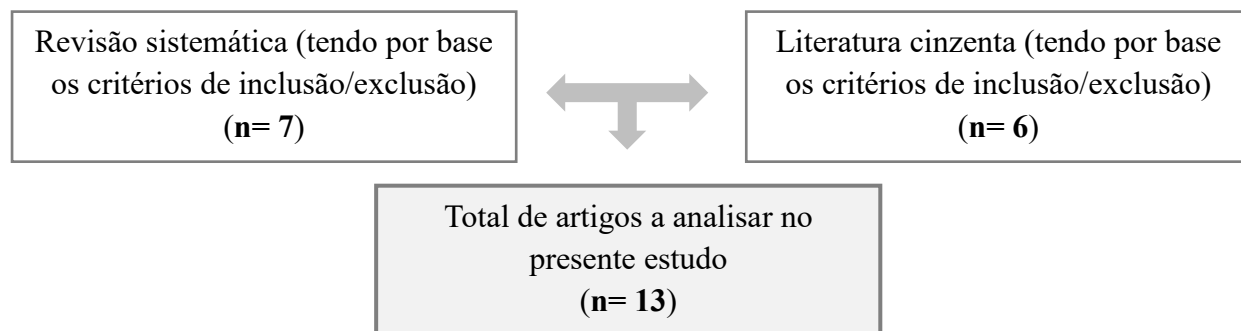


Figura 2. Esquema do número total de documentos a analisar na revisão

Resultados

Revisão sistemática

Como é possível observar no quadro 1, os estudos analisados ($n=7$) são todos de origem portuguesa, de natureza observacional (descritivos, analíticos) transversal, publicados entre 2012 e 2017, inclusive. Destes estudos todos tem como objetivo avaliar a literacia em saúde em Portugal e apenas um faz associação com variáveis psicológicas/físicas associadas, nomeadamente com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (Saraiva & Luz, 2017). Relativamente ao tamanho da amostra esta varia entre 53 a 2104 participantes (Cavaco & Santos, 2012; Espanha & Ávila, 2016, respetivamente), com idades compreendidas entre os 18 e os 97 anos. Os instrumentos mais utilizados para avaliar este construto são: o *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) ($n=3$), o *Newest Vital Sign* (NVS) ($n=2$), o seguimento do *Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults* (SAHLSA-50) ($n=1$) e o *Test of Functional Health Literacy In Adults* (TOFHLA) ($n=1$).

Quadro 1.
Artigos incluídos na revisão sistemática (n=7)

Título, Autor, Ano e Origem	Desenho da investigação e objetivo do estudo	Descrição da amostra	Tipo de literacia em saúde avaliada e variáveis psicológicas / físicas associadas	Instrumentos	Principais resultados
1 “Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas”. Serrão, et al. (2015). Portugal.	Observacional -Descritivo -Transversal -Analítico -Transversal Avaliar o grau de literacia em saúde em pessoas idosas e conhecer a associação entre o grau de literacia em saúde e algumas características sociodemográficas	433 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos	Literacia funcional	<i>Newest Vital Sign</i> - (NVS)	80% dos sujeitos evidencia um nível de literacia em saúde baixo, o que significa que apenas 20% dos inquiridos serão capazes de interpretar e usar a informação escrita relacionada com a saúde de forma eficaz. Resultados apontam ainda, para um efeito notável de algumas variáveis demográficas nos valores médios obtidos no teste de literacia em saúde, especificamente, sexo, idade, estado civil e habilitações literárias.

<p>2</p> <p>“Literacia e saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do <i>European Health Literacy Survey</i> em Portugal”.</p> <p>Pedro, Amaral, & Escoval (2016). Portugal.</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Transversal</p> <p>-Analítico</p> <p>-Transversal</p> <p>Traduzir e validar para a população portuguesa o <i>European Health Literacy Survey</i> (HLS-EU) e fazer o diagnóstico do nível de literacia em saúde da população portuguesa passível de ser comparado com o de outros países europeus</p>	<p>1004 participantes com idades ≥ 16 anos, sendo que a maior percentagem da amostra se apresentava entre os 35-45 anos</p>	<p>Literacia em saúde em geral</p>	<p><i>European Health Literacy Survey - (HLS-EU)</i></p>	<p>61% da população inquirida apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos 9 países em 49,2%.</p> <p>Cuidados de saúde: Apenas 44,2% apresenta um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde.</p> <p>Prevenção da doença: 45% dos inquiridos revela ter um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde.</p> <p>Promoção da saúde: 60,2% apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado.</p>
<p>3</p> <p>“Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde”</p> <p>Cavaco, & Santos (2012). Portugal.</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Transversal</p> <p>-Analítico</p> <p>-Transversal</p> <p>Identificar a possível relação entre uma medida de literacia funcional em saúde e a legibilidade de um folheto de um medicamento anti-inflamatório não-esteróide</p>	<p>53 participantes, com idades ≥ 18 anos, que não tivessem dificuldades em ler e escrever o português</p>	<p>Literacia funcional</p>	<p><i>Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50)</i></p>	<p>80% da amostra apresentou nível de literacia adequado de literacia em saúde, sendo que os restantes 20% apresentaram um nível inadequado de literacia. Estes 20% eram essencialmente do sexo feminino, com escolaridade básica e não ativos.</p>
<p>4</p> <p>“Teste de literacia funcional em saúde no adulto: processo preliminar de adaptação cultural e validação”.</p> <p>Saraiva, & Luz (2017). Portugal.</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Transversal</p> <p>-Analítico</p> <p>-Transversal</p> <p>Proceder à tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa do teste de literacia funcional em saúde, nos adultos; Identificar o nível de literacia em saúde das pessoas com DPOC</p>	<p>148 participantes com idades ≥ 18 anos e com o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica</p>	<p>Literacia funcional</p> <p>Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)</p>	<p><i>Test of Functional Health Literacy In Adults (TOFHLA)</i></p>	<p>A experiência adquirida por meio do contacto prolongado com o sistema de cuidados de saúde, nomeadamente por uma doença crónica, como a DPOC e com aptidões de literacia, pode contribuir para a compreensão e o conhecimento do próprio estado de saúde, bem como o desenvolvimento de competências para gerir, tomar decisões e utilizar adequadamente os cuidados de saúde.</p>

<p>5</p> <p>“Health literacy of a sample of portuguese elderly”.</p> <p>Veiga, & Serrão (2016). Portugal.</p>	<p>Observacional -Descritivo -Transversal -Analítico -Transversal</p> <p>Avaliar as qualidades psicométricas do Newest Vital Sign Test (NVS) aplicado a idosos; Avaliar o seu grau de literacia em saúde; Conhecer a associação entre o grau de literacia em saúde e características sociodemográficas, estado geral de saúde e qualidade de vida</p>	<p>433 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos oriundos do distrito do Porto</p>	<p>Literacia funcional</p>	<p><i>Newest Vital Sign (NVS)</i></p> <p><i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)</i></p>	<p>80% dos sujeitos evidencia um nível de literacia em saúde baixo, o que significa que apenas 20% dos inquiridos serão capazes de interpretar e usar a informação escrita relacionada com a saúde de forma eficaz. O sexo, a idade, escolaridade, estado civil, bem como a perceção dos idosos sobre o seu estado geral de saúde e qualidade de vida, revelam-se variáveis que estão associadas significativamente com a literacia em saúde dos participantes.</p>
<p>6</p> <p>“Implications of literacy for health for body mass index”.</p> <p>Cunha, et al. (2014). Portugal.</p>	<p>Observacional -Descritivo -Transversal -Analítico -Transversal</p> <p>Avaliar o nível de literacia em saúde; Analisar a relação das variáveis sociodemográficas com literacia em saúde, para classificar o Índice de Massa Corporal (IMC) e para determinar o efeito da literacia em saúde no mesmo</p>	<p>508 participantes com idades compreendidas entre os 18 e 93 anos</p>	<p>Literacia em saúde geral: funcional, comunicacional e crítica</p>	<p><i>Questionário Europeu de Literacia em Saúde (LHS-EU)</i></p> <p><i>BMI</i></p>	<p>73,62% dos participantes tem um nível de literacia em saúde inadequado e problemático, sendo estes os que apresentam maior índice de massa corporal. Assim, os resultados sugerem a existência uma significativa relação entre literacia em saúde e índice de massa corporal.</p>
<p>7</p> <p>“Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications”.</p> <p>Espanha, & Ávila (2016). Portugal.</p>	<p>Observacional -Descritivo -Transversal -Analítico -Transversal</p> <p>Comparar a literacia em saúde em Portugal com a dos restantes países europeus</p>	<p>2104 participantes, com idades ≥ 15 anos</p>	<p>Literacia em saúde em geral: funcional, comunicacional e crítica</p>	<p><i>European Health Literacy Survey - (HLS-EU)</i></p>	<p>O nível de literacia em Portugal é muito semelhante ao Europeu e as fontes de informação são um instrumento importante para melhorar a literacia em saúde.</p>

Níveis de literacia em saúde em geral em Portugal

Quanto aos níveis de literacia em saúde em geral em Portugal, os estudos parecem ir ao encontro uns dos outros, uma vez que, de uma forma geral, os portugueses apresentam baixos níveis de literacia em saúde (Cunha, et al. 2014; Pedro, et al. 2016; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016).

No estudo realizado por Pedro et al. (2016) que teve como objetivo traduzir e validar para a população portuguesa o *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), os resultados apontam que, em Portugal, mais de metade da população inquirida (61%) apresenta um nível de literacia geral em saúde “problemático” ou “inadequado”, quando a média dos nove países é de 49,2%. Ao nível dos cuidados de saúde, Portugal é o país que revela piores resultados comparativamente aos oito países, uma vez que, apenas 44,2% apresenta um nível “suficiente” ou “excelente” de literacia em saúde. No domínio relativo à prevenção da doença, 45% revela ter um nível “suficiente” ou “excelente” de literacia em saúde, sendo a média dos nove países, nesta dimensão, de 54,5%. Por último, no domínio da promoção de saúde, 60,2% da população auscultada apresenta um nível de literacia em saúde “problemático” ou “inadequado”, sendo que a média dos nove países, nesta dimensão, situa-se nos 52,1% (Pedro et al. 2016).

No domínio básico da literacia em saúde (literacia funcional/básica), os estudos apontam no sentido dos portugueses revelarem dificuldades ao nível da literacia funcional/básica, referindo que, 80% dos sujeitos evidenciam um nível de literacia em saúde funcional baixo, o que significa que apenas 20% são capazes de usar a informação escrita relacionada com a saúde de forma eficaz (Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016), revelando dificuldades ao nível de competências como a leitura e o cálculo, relacionadas com a consulta e interpretação da informação disponibilizada, assim como a realização de inferências e de cálculos mentais (Serrão, et al. 2015). Por outro lado, o estudo desenvolvido por Cavaco e Santos (2012) vem contradizer os resultados referidos anteriormente, afirmando que 80% da sua amostra revelou um nível de literacia funcional adequado, ou seja, dos 53 participantes, 42 conseguiram ler e identificar mais de 37 termos médicos em 50 (escore SAHLSA -50 > 37).

Os resultados apontam, ainda, para a existência de um efeito notável de algumas variáveis demográficas nos resultados obtidos na literacia em saúde em geral (Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016).

Variáveis sociodemográficas e clínicas

- Sexo

Relativamente ao sexo, são vários os estudos que indicam que são os indivíduos do sexo masculino quem revela melhores níveis de literacia em saúde, comparativamente ao sexo feminino (Cavaco & Santos, 2012; Cunha, et al. 2014; Serrão et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016)

- Idade

A idade revela ser, diante das análises efetuadas, um fator de consenso relativamente à literacia em saúde, uma vez que, praticamente todos os estudos indicam que, quanto maior a idade, menor os níveis de literacia em saúde (Cunha, et al. 2014; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Veiga & Serrão, 2016), verificando-se deste modo, a existência de uma correlação negativa, o que indica que os valores entre as duas variáveis tendem a variar no sentido inverso. Os níveis de literacia em saúde tendem a ser mais baixos com o avançar da idade (Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão, et al. 2015). Contudo, no estudo realizado por Cavaco e Santos (2012) não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os valores no teste de literacia em saúde e os diferentes grupos etários. Os autores não fazem referência se controlaram alguma variável.

- Escolaridade

Quanto às habilitações literárias, estas parecem ser a variável que apresenta um papel mais determinante nos níveis médios de literacia em saúde. Os estudos demonstram que, quanto maior o nível de escolaridade, maior os níveis de literacia em saúde (Cavaco & Santos, 2012; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016). Reforçam, ainda, que os indivíduos com o 1º Ciclo do Ensino Básico são os que apresentam resultados mais baixos comparativamente aos grupos dos outros níveis de escolaridade. Assim, os participantes com o nível de escolaridade ao nível do Ensino Secundário e do Ensino Universitário são os que pontuam valores mais elevados relativamente à literacia em saúde (Cavaco & Santos, 2012; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016). Os autores não fazem referência se controlaram alguma variável.

- Estado civil

Os resultados obtidos nos diferentes estudos indicam que, os indivíduos casados apresentam valores superiores de literacia em saúde, quando comparados com os indivíduos viúvos (Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016). É de referir, que no estudo desenvolvido por Serrão, et al. (2015), o grupo dos viúvos apresentava uma média de idades mais elevada comparativamente aos casados, daí os autores optarem por comparar novamente os dois grupos, mas controlando a idade. Os resultados mostraram que mesmo controlando a idade, as diferenças entre os dois grupos se mantinham (Serrão, et al. 2015).

- Situação laboral

No estudo conduzido por Cavaco e Santos (2012), chegaram à conclusão que os indivíduos ativos revelam valores melhores quanto à literacia em saúde, quando comparados aos indivíduos não-ativos (estudantes, desempregados e reformados). Os resultados do estudo desenvolvido por Pedro, et al. (2016), apontam no mesmo sentido, uma vez que, referem que são os desempregados que apresentam os piores níveis de literacia em saúde, quando comparados com a população ativa.

- Estatuto social

Apenas o estudo desenvolvido por Cunha et al. (2014) avaliou a relação entre esta variável e o nível de literacia em saúde, verificando que, os indivíduos com rendimentos médios-altos, ou seja, com nível socioeconómico mais elevado demonstram ter melhores níveis de literacia em saúde comparativamente aos que se situam num valor mais baixo relativamente ao mesmo domínio. Os autores não fazem o controlo de nenhuma variável.

- Diagnóstico de doença

Relativamente à associação entre o nível de literacia e a presença ou não de doenças em geral, estudos apontam para a existência de uma maior tendência dos indivíduos que sofrem de algum tipo de doença, para obterem valores inferiores de literacia em saúde, quando comparados com aqueles que referem não sofrer qualquer tipo de doença (Espanha & Ávila, 2016; Veiga & Serão, 2016). Num dos estudos, os autores verificaram que existiam diferenças quanto à idade entre os dois grupos, constatando que os participantes com algum tipo de doença eram mais velhos, no entanto, após controlada essa variável, as diferenças mantinham-se (Veiga & Serrão, 2016).

Ao nível das doenças crónicas, como é o caso da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, um estudo sugere que a presença de uma doença crónica influencia o nível de literacia em saúde, uma vez que o contato direto, regular e prolongado no tempo com o sistema de saúde, faz com que os indivíduos desenvolvam competências para gerir e tomar decisões, contribuindo, ainda, para um maior conhecimento relativamente ao seu próprio estado de saúde (Saraiva & Luz, 2017). Nesse estudo em que foram avaliados 148 participantes, maioritariamente (60,1%) residentes no concelho de Lisboa, com média de idades de 63,2 anos, sendo o ensino obrigatório o mais representativo (9º ano de escolaridade - 54,1%) e predominantemente de estado civil casado (60,1%), os resultados no *Test of Functional Health Literacy in Adults* - TOHFLA indicam que, ao nível da literacia funcional 19,6% dos participantes estão situados no nível “inadequado”, 20,9% no nível “marginal” e por último, 59,5% no nível “adequado”. Os autores inferem, que estes resultados revelam que os participantes têm capacidade de leitura, compreensão e interpretação de assuntos relacionados com a saúde, nomeadamente nos domínios relativos à prescrição terapêutica, orientações para a realização de exames, fazer escolhas, tomar decisões e ainda, conhecimentos relacionados com os direitos e deveres enquanto utentes (Saraiva & Luz, 2017). É de referir, que um dos critérios de inclusão, para além do diagnóstico clínico de DPOC, era que os participantes estivessem na fase de estabilização até o 3º estágio inclusive.

- Índice de Massa Corporal (IMC)

Num estudo realizado por Cunha, et al. (2014), os resultados sugerem a existência de uma relação estatisticamente significativa e positiva entre o nível de literacia em saúde e o índice de massa corporal. Assim, os resultados apontam que, quanto melhor for o nível de literacia em saúde, mais adequado é o índice de massa corporal. Os participantes com um nível “insuficiente” de literacia foram aqueles que pontuaram valores mais elevados no índice de massa corporal, quando comparados com os que tinham valores mais “adequados” em literacia em saúde (Cunha, et al. 2014).

- Perceção do estado de saúde e qualidade de vida

Neste domínio verificou-se a existência de uma relação positiva e fraca entre a literacia em saúde e qualidade de vida, indicando que quanto maior a literacia em saúde, maior é a perceção da qualidade de vida nos mais variados domínios (físico, psicológico, social, ambiental) (Espanha & Ávila, 2016; Veiga & Serão, 2016).

Literatura cinzenta

Como é possível observar no quadro 2, os estudos analisados ($n=6$) são todos de origem portuguesa e de natureza quantitativa, à exceção de um que é de natureza qualitativa (Serrão, 2014), publicados entre 2014 e 2017, inclusive. Destes estudos todos têm como objetivo avaliar e descrever a literacia em saúde em Portugal. Relativamente ao tamanho das amostras, estas variam entre 26 (estudo qualitativo (Serrão, 2014)) a 7380 participantes (Saboga-Nunes, et al. 2014), com idades compreendidas entre os 18 e os 97 anos. Os instrumentos mais utilizados para avaliar esse domínio são: o *European Health Literacy Survey (HLS-EU)* e o *Newest Vital Sign (NVS)*.

Quadro 2.

Documentos incluídos na literatura cinzenta (n=6)

Título, Autor, Ano e Origem	Tipo de documento	Desenho da investigação e objetivo do estudo	Descrição da amostra	Instrumentos	Principais resultados
1 “Literacia em saúde em Portugal”	<u>Relatório Síntese</u> Fundação Calouste Gulbenkian	Observacional -Descritivo -Transversal -Analítico -Transversal Conhecer os níveis de literacia em saúde em Portugal, identificar as principais limitações, problemas e entraves neste campo na sociedade portuguesa e orientar ações no sentido da sua melhoria	2104 participantes \geq 15 anos, residentes em Portugal Continental	<i>Inquérito de Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT)</i> <i>European Health Literacy Survey (HLS-EU)</i>	Sobre a amostra: Mais mulheres (52,8%) do que homens; A faixa etária que prevalece é a 35 - 44 anos (34,35%) e pouco escolarizada (62% completou o 2º ano do 2º Ciclo do Ensino Básico). A maioria são inativos (55,8%) e com rendimento até 1000 euros por mês (61,5%). A maioria dos participantes apresenta uma perceção do estado de saúde satisfatório. Literacia em geral: 40% dos inquiridos não tem práticas regulares de leitura; E as práticas da escrita e cálculo revelam também quase não ter expressão nas atividades diárias da maioria dos inquiridos. Utilização de tecnologias de comunicação e informação: 39% afirma nunca usar o correio eletrónico; mais de 50% dos inquiridos nunca usou folhas de cálculo, nem nunca participou numa conversa em tempo real, através da internet; 30% dos inquiridos declarou nunca ter usado um computador. Comparação de Portugal com os países participantes no estudo HLS-EU: Os valores médios nos níveis de literacia em saúde são sempre ligeiramente mais baixos em Portugal; A maior diferença, embora pouco expressiva, regista-se ao nível do índice relativo aos cuidados de saúde (capacidade para aceder, compreender, interpretar e tomar decisões relevantes para a saúde). Índice geral de literacia em saúde: Considerando a percentagem de inquiridos nos níveis “excelente” e “suficiente”, Portugal situa-se ligeiramente abaixo da média dos países participantes.

					<p>Literacia em saúde relacionada com os cuidados de saúde: Portugal apresenta valores mais baixos comparativamente aos restantes países participantes, ou seja, 45,4% dos inquiridos revelam uma literacia limitada no âmbito dos cuidados de saúde (10,1% e 35,3% concentram-se nos níveis de literacia “inadequado” ou “problemático”, respetivamente.</p> <p>Literacia em saúde relacionada com a prevenção das doenças: A posição de Portugal neste domínio é inferior à dos outros países, sendo que, 45,5% dos inquiridos apresenta níveis de literacia que indicam limitações no âmbito das competências necessárias para a prevenção de doença (11,3% nos níveis “inadequado” ou 34,2% “problemático”).</p> <p>Literacia em saúde relacionada com a promoção da saúde: Neste domínio Portugal apresenta valores ligeiramente acima dos valores médios dos países participantes no HLS-EU. Apresenta 48,9% dos cidadãos nos níveis mais elevados de literacia (excelente (9,8%) e suficiente (39,1%) e os restantes (51,1%) da população nos níveis mais baixos de literacia em saúde (34,5% “problemático” e 16,5% “inadequado”).</p> <p>Relação entre idade e os níveis de literacia em saúde (índice geral): É na população mais idosa que se regista uma proporção mais elevada dos níveis baixos de literacia em saúde (em Portugal, tal como nos outros países).</p> <p>Relação entre escolaridade e os níveis de literacia em saúde (índice geral): Em Portugal mais de 60% dos inquiridos com escolaridade baixa (até ao Ensino Básico) tem níveis de literacia em saúde “problemáticos” ou “inadequados”. Quanto maior a escolaridade melhores os níveis de literacia em saúde, no entanto, a dos inquiridos com o Ensino Superior apresentam 5,6% um nível “inadequado” e 27,8% “problemático”, o que dá um total de 33,4% dos inquiridos com ensino superior a revelarem valores baixos ao nível da literacia em saúde.</p>
<p>2</p> <p>“Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas”</p> <p>Serrão (2014). Portugal.</p>	<p><u>Manual</u></p> <p>“Manual de boas práticas” subordinado ao título “Literacia em saúde: um desafio na e para a terceira idade”.</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Transversal</p> <p>-Analítico</p> <p>-Transversal</p> <p>Avaliar o grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas (com mais de 65 anos)</p>	<p>433 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos, que se encontram a frequentar Centros de Dia, Centros de Convívio, Universidades Sêniores, Grupos</p>	<p><i>Newest Vital Sign (NVS)</i></p> <p><i>World Health Organizatio</i></p>	<p>Sobre a amostra: 66% são do sexo feminino e 43% do sexo masculino, essencialmente oriundos da região Norte, em particular do distrito do Porto (89%). Relativamente às habilitações literárias, a maioria (55%) tem no máximo o 4º ano de escolaridade, contudo existe uma percentagem notável de participantes com um curso superior (23%). As profissões que os participantes exerciam antes de se reformarem foram bastante variadas, indo desde quadros superiores, técnicos e profissionais, como também agricultores e trabalhadores não qualificados. A profissão mais referida foi professor (10%). No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes é casado (43%) ou viúvo (38%). Em relação ao estado de saúde em geral, 45% afirma sofrer de algum tipo de doença, sendo que a maioria (74%) referiu estar a ser acompanhado por um médico em consulta externa. As doenças referidas foram variadas, no entanto, as mais evidenciadas foram a diabetes (15%), colesterol (9%), hipertensão (9%) e osteoporose (5%).</p>

				Culturais, outros	entre	<i>n Quality of Life (WHOQOL - bref)</i>	<p>Principais resultados: As percentagens de respostas certas ao NSV são relativamente baixas, uma vez que os participantes, em média, acertaram uma resposta em seis, apesar do valor do desvio padrão ser variável. Adicionalmente, constatou-se que elevada percentagem de participantes não conseguiu responder ou optou por não responder a nenhuma questão (58%), enquanto que, apenas 7% respondeu corretamente a todas as questões. Verificou-se a existência de níveis de literacia relativamente baixos.</p> <p>Níveis de literacia em saúde e sexo: Verificou-se que os participantes do sexo masculino obtiveram notas médias mais elevadas do que os participantes do sexo feminino.</p> <p>Níveis de literacia em saúde e idade: Verificou-se uma associação negativa entre literacia em saúde e idade, ou seja, os níveis de literacia tendem a ser mais baixos com o avanço da idade.</p> <p>Níveis de literacia em saúde e escolaridade: Verificou-se que os indivíduos com o 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico apresentam resultados mais baixos do que os grupos dos sujeitos com ensino secundário e superior. No entanto, não existem diferenças nas médias entre os indivíduos com o ensino secundário e ensino superior.</p> <p>Níveis de literacia em saúde e estado civil: Os indivíduos casados tendem a obter valores médios de literacia em saúde mais elevados do que os viúvos.</p> <p>Presença de doença: Os participantes que referem ter algum tipo de doença obtiveram notas médias mais baixas ao nível da literacia em saúde do que os participantes que referem não sofrer de nenhuma doença.</p> <p>Literacia em saúde e qualidade de vida: Evidencia-se uma associação positiva e fraca, indicando assim que, quanto mais elevada a perceção de qualidade de vida nos diferentes domínios, mais elevada é a literacia em saúde.</p>
3	<p>“Hermenêutica da literacia em saúde e a sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)”</p> <p>Saboga-Nunes, et al. (2014). Portugal.</p>	<p><u>Artigo submetido:</u></p> <p>VIII Congresso Português de Sociologia</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Transversal</p> <p>-Analítico</p> <p>-Transversal</p> <p>Discutir e consensualizar a validação cultural para a População portuguesa do instrumento de avaliação da Literacia em Saúde, HLS-EU-PT</p>	7380	participantes (de oito países europeus) e 750 inquiridos de Portugal	<p><i>European Health Literacy Survey (HLS-EU)</i></p>	<p>51% dos inquiridos tem uma literacia em saúde limitada, sendo que 11,6% apresentam uma literacia em saúde “inadequada” e 39% “problemática”.</p> <p>Relativamente à literacia em saúde funcional, os dados da amostra portuguesa apresentam o terceiro pior resultado. Assim 29,6% dos inquiridos portugueses apresentam literacia em saúde funcional “inadequada” (para os outros oito países este valor situa-se nos 21,2%). No entanto, 42,9% dos inquiridos apresenta literacia em saúde limitada (comparado com os 23,5% nos outros países) e 27,5% dos inquiridos portugueses apresentam literacia em saúde funcional adequada (para 55,3% nos outros oito países).</p>

<p>4</p> <p>“Conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde”.</p> <p>Serrão (2014). Portugal.</p>	<p><u>Manual</u></p> <p>“Manual de boas práticas ” subordinado ao título “Literacia em Saúde: Um desafio Na e Para a Terceira Idade”.</p>	<p>(estudo qualitativo)</p> <p>Perceber as conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde, junto de profissionais das áreas da saúde e de intervenção psicossocial</p>	<p>26 profissionais das áreas da saúde e de intervenção psicossocial</p>	<p>Técnica de Grupos Focais</p>	<p>Subtema: <i>Características da literacia em saúde na população idosa:</i> As categorias emergentes foram: rigidez de hábitos/falta de hábitos saudáveis, desenvolvimento e passividade geracional, interesse, predominância da doença, atitude de defesa e preocupação, baixo nível de competências funcionais, dificuldades de compreensão de conceitos científicos, incompreensão da doença no outro e acesso limitado à informação.</p> <p>Subtema: <i>Fontes de informação privilegiadas e constrangimentos à promoção da literacia em saúde na população idosa:</i> Fontes privilegiadas de informação elegidas pelos participantes: farmacêutico, enfermeiro, médico de família, vizinhança e psicólogo. Como constrangimentos que podem estar associados ao acesso e compreensão da informação referiram os seguintes: comunicação assimétrica utente-profissional, dificuldades em perceber quais os informantes mais indicados, infoexclusão, dificuldades na compreensão de terminologia associada à saúde e por último, dificuldade em filtrar a informação.</p>
<p>5</p> <p>“Avaliação da literacia em direitos dos utentes”.</p> <p>(ERS) (2017). Portugal.</p>	<p><u>Relatório:</u></p> <p>“Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde”</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Transversal</p> <p>-Analítico</p> <p>-Transversal</p> <p>Avaliar o nível de literacia dos cidadãos sobre os seus direitos enquanto utentes dos serviços de saúde</p>	<p>1911 participantes que se encontravam inscritos em prestadores públicos de cuidados de saúde primários, prestadores públicos de cuidados hospitalares e prestadores privados ou sociais</p>	<p>Inquérito por questionário – “Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde”</p>	<p>A maioria dos utentes apresentou um índice global de conhecimento inadequado e inferior ao dos profissionais inquiridos. Os temas em que os utentes revelam um nível de conhecimento mais deficitário são o consentimento informado, os tempos máximos de resposta garantidos e o programa nacional de promoção da saúde oral.</p> <p>Revelam também desconhecimento face a alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e face ao conceito de testamento vital. A grande maioria dos utentes e profissionais desconhece, ainda, os grupos de beneficiários do cheque-dentista.</p>
<p>6</p> <p>“Avaliação da literacia em direitos dos utentes”.</p> <p>(ERS) (2017). Portugal.</p>	<p><u>Relatório:</u></p> <p>“Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde”</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Transversal</p> <p>-Analítico</p> <p>-Transversal</p> <p>Avaliar a literacia dos profissionais de saúde e administrativos no que respeita aos direitos dos utentes (adultos)</p>	<p>3491 participantes a exercer funções em prestadores públicos de cuidados de saúde primários, prestadores públicos de cuidados hospitalares e prestadores privados ou sociais</p>	<p>Inquérito por questionário – “Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde”</p>	<p>Constatou-se que o nível de literacia relacionada com os direitos dos utentes dos profissionais é maioritariamente inadequado, uma vez que menos de metade dos profissionais de saúde e administrativos revelaram ter um conhecimento “suficiente” nessa matéria. 16,6% dos profissionais de saúde e 32,8% dos profissionais administrativos apresentaram conhecimento “inadequado” sobre os direitos dos utentes.</p>

Níveis de literacia em saúde em geral em Portugal

Estabelecendo uma comparação entre Portugal e os países participantes no estudo *European Health Literacy Survey - HLS-EU*, os valores médios de literacia em saúde são sempre ligeiramente mais baixos em Portugal (Espanha, Ávila & Mendes, 2015; Saboga-Nunes, et al. 2014) apresentando dificuldades quer ao nível dos cuidados de saúde, ao nível da prevenção das doenças e ao nível da promoção da saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2015).

Variáveis sociodemográficas e clínicas

- Sexo

É o sexo masculino quem pontua valores mais elevados, comparativamente ao sexo feminino, relativamente aos níveis médios de literacia em saúde (Serrão, 2014).

- Idade

É na população mais idosa que se regista uma proporção mais elevada dos níveis baixos de literacia em saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2015). Os estudos remetem para uma associação negativa entre os níveis de literacia em saúde e a idade, uma vez que, conforme a idade avança os níveis de literacia em saúde tendem a diminuir (Serrão, 2014).

No subtema relativo às “características de literacia em saúde em pessoas idosas”, os profissionais das áreas psicossocial e da saúde, caracterizam as pessoas idosas como sendo um grupo onde impera rigidez de hábitos/falta de hábitos saudáveis (24%), desconhecimento e passividade geracional (22%), interesse (17%), predominância da doença (9%), atitude de defesa e preocupação (9%), baixo nível de competências funcionais (9%), dificuldades de compreensão de conceitos científicos (6%), incompreensão da doença no outro (2%) e acesso limitado à informação (2%) (Serrão, 2014).

Um outro subtema abordado está relacionado com as “fontes de informação privilegiadas e constrangimentos à promoção de literacia em saúde na população idosa”. Neste tópico, os profissionais elegeram como fontes privilegiadas pelos idosos, o farmacêutico, enfermeiro, médico de família, vizinhança, psicólogo e meios da comunicação social. Relativamente aos constrangimentos que podem estar associados ao acesso e compreensão da informação, referiram os seguintes: comunicação assimétrica utente-profissional (48%), dificuldades em perceber quais os informantes mais indicados

(18%), infoexclusão (17%), dificuldades na compreensão de terminologia associada à saúde (13%) e por último, dificuldade em filtrar a informação (4%) (Serrão, 2014). Os autores não fazem referência se controlaram alguma variável.

- Escolaridade

Ao nível da escolaridade, os estudos afirmam que são os inquiridos com escolaridade mais baixa, que apresentam valores mais elevados nos níveis de literacia em saúde “problemático” ou “inadequado” (Espanha, Ávila & Mendes, 2015; Serrão, 2014). Os resultados apontam no sentido de que, quanto maior for a escolaridade, melhor são os níveis de literacia em saúde, no entanto, também se verificou inquiridos com a escolaridade correspondente ao ensino superior, a pontuarem valores considerados baixos (5,6% “inadequados” e 27,8% “problemáticos”) ao nível da literacia em saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2015).

- Estado civil

Os indivíduos casados, comparativamente aos viúvos, tendem a obter melhores níveis de literacia em saúde (Serrão, 2014). Mais uma vez, verificou-se que os dois grupos diferiam quanto à idade, sendo os viúvos mais velhos. A autora controlou essa variável, contudo, as diferenças mantiveram-se (Serrão, 2014).

- Atividade profissional

No estudo desenvolvido pela Entidade Reguladora de Saúde (ERS, 2017), que teve como objetivo avaliar a compreensão e a avaliação da literacia dos profissionais de saúde e administrativos no que respeita aos direitos dos utentes, os resultados indicam que 16,6% dos profissionais de saúde e 32,8% dos profissionais administrativos apresentam conhecimento “inadequado” sobre os direitos dos utentes, uma vez que, se se considerar as duas categorias mais baixas de conhecimento (“inadequado” ou “problemático”), mais do que 50% dos profissionais apresentaram conhecimento “limitado” (ERS, 2017).

Os temas relacionados com o acesso e o direito ao acompanhamento apresentaram maior percentagem de respondentes com nível “excelente” de literacia, no entanto, 50% dos respondentes revelaram um conhecimento “inadequado” face ao Programa Nacional de Proteção de Saúde Oral (PSPSO) (desconhecem quais os grupos que podem beneficiar do programa), ao consentimento informado (desconhecem da sua necessidade e que o

mesmo não necessita de ser dado de forma escrita), ao direito à proteção dos dados pessoais (desconhecem aspetos relacionados com a propriedade do processo clínico) à proteção da vida privada (desconhecem as formas disponíveis para efetuar uma reclamação) e ao Tempo Máximo de Resposta Garantida (TMRG) (desconhecem a existência de tempos máximos para a realização de consulta nos cuidados primários, de primeira consulta e de cirurgia) (ERS, 2017).

- Presença de doença

Relativamente à presença de doença, os estudos indicam que os participantes que sofrem de algum tipo de doença são os que pontuam valores mais baixos ao nível da literacia em saúde, quando comparados aos que não sofrem de nenhuma doença (Serrão, 2014). Nesse estudo, a autora constatou que existiam diferenças quanto à idade, entre os dois grupos, verificando que os participantes que sofrem de algum tipo de doença eram mais velhos, no entanto, após controlada essa variável, as diferenças mantinham-se (Serrão, 2014).

Segundo a ERS (2017), os utentes dos serviços de saúde consideram ter um conhecimento baixo ou nenhum conhecimento face a questões relacionadas com os seus direitos, nomeadamente, não sabem quais os grupos que podem usufruir do cheque-dentista, desconhecem o que é o testamento vital, bem como, o facto de que o consentimento informado é sempre necessário, julgando que este tem de ser apresentado sempre de forma escrita e não oral, não revelam conhecimento da existência de tempos máximos para a realização de consulta, de marcação de cirurgia num hospital, tal como, nos cuidados primários de saúde, desconhecem sobre a liberdade de escolha da unidade de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em situação não urgente e sobre os grupos de população isentos do pagamento de taxas moderadoras, por último, apesar de mostrarem conhecimento face aos direitos de reclamação, a maior parte desconhece quais as normas de que dispõe para reclamar e qual a entidade que é responsável por centralizar e apreciar as reclamações (ERS, 2017).

- Qualidade de vida

Neste domínio os resultados evidenciam a existência de uma associação positiva e fraca, sendo que, quanto mais elevada for a perceção de qualidade de vida, melhores são os resultados obtidos ao nível da literacia em saúde (Serrão, 2014).

Discussão

Nesta fase vão ser expostos alguns tópicos que foram abordados ao longo do presente estudo e que pelo seu conteúdo merecem ser refletidos e discutidos, nomeadamente, aspetos relacionados com o método e resultados.

Relativamente ao método, optou-se por recorrer a dois diferentes tipos de revisão: a revisão sistemática e a literatura cinzenta. Esta opção debruçou-se sobre dois grandes motivos: **(1)** o primeiro relaciona-se com o fato de que a revisão sistemática é considerada um método de pesquisa de grande confiabilidade (Tranfield, et al.2003; Sampaio & Mancini, 2007) e o **(2)** segundo, remete para o fato de que sendo o tema uma área relacionada com a saúde e tendo em conta que a literacia em saúde, tendo vindo a ser, nas últimas décadas, uma preocupação regular na definição de políticas de saúde, contemplada inclusivamente no atual Plano Nacional de Saúde (Pedro, et al. 2016; Serrão, 2014), recorrer à literatura cinzenta mostrou-se uma mais-valia, uma vez que nos fornece informações mais detalhadas, minuciosas e relevantes para a compreensão e conhecimento atual desta temática (Botelho & Oliveira, 2017; Filho, et al. 2006). Ao recorrer a este tipo de revisão temos acesso a materiais que não são facultados na revisão sistemática, como por exemplo, a relatórios desenvolvidos pelo ministério ou organizações de saúde, que se revelam uma fonte de informação importantíssima neste domínio (Ribeiro, 2014) e que em conjunto, com os materiais disponíveis na revisão sistemática, isto é, artigos científicos, pode contribuir para um conhecimento mais holístico do estado de arte, relativo ao conceito de literacia em saúde em Portugal.

Em ambas as revisões, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Na revisão sistemática definiu-se cinco critérios de inclusão, dos quais um deles faz referência a estudos que apenas tivessem acesso livre e/ou desconhecido. Considera-se que este critério poderá ter excluído artigos que poderiam ser relevantes para posterior análise, no entanto, não se conseguiu contornar esse aspeto. Na literatura cinzenta, de forma a não fugir do pretendido e a não recorrer a fontes menos fidedignas, definiu-se também, cinco critérios de inclusão, dos quais, um deles delimita a pesquisa apenas para documentação que é proveniente de fontes oficiais de saúde.

Após a análise detalhada de cada um dos documentos selecionados, tornou-se evidente que a definição do conceito literacia em saúde difere conforme o estudo. Relativamente aos resultados, sentiu-se uma certa dificuldade em delimitar a sua

comparação, uma vez que, como é possível verificar através dos quadros 1 e 2, os estudos analisados fazem recurso a diferentes tipos de instrumentos, desde instrumentos específicos para avaliar apenas a literacia em saúde básica/funcional, como por exemplo, o *Newest Vital Sign* (NVS), o *Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults* (SAHLSA-50) e o *Test of Funcional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) que se focam essencialmente, na leitura, nomeação e compreensão de conceitos relacionados com o foro médico (Cavaco & Santos, 2012; Saraiva & Luz, 2017; Serrão, et al. 2015) até instrumentos mais completos e complexos, como por exemplo, o *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) que tem como objetivo, não só avaliar o nível mais básico de literacia em saúde, como também, passa pelo aprofundamento de domínios relacionados com os cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde, abarcando, deste modo, níveis de literacia superiores, como é o caso da literacia comunicacional/interativa e a literacia crítica (Cunha, et al. 2014; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, Amaral & Escoval, 2016), como também, a instrumentos mais específicos relativos aos direitos dos utentes, desenvolvido e administrado num estudo levado a cabo pela Entidade Reguladora de Saúde (2017).

Esta diversidade de instrumentos, com finalidades diferentes, origina um grande desafio na comparação dos estudos entre si, uma vez que estamos a comparar o incomparável. Exemplo disso são os termos usados para classificar os resultados nos testes administrados: “inadequado”, “limitado”, “problemático”, entre outros. O não esclarecimento por parte dos autores sobre como é que os pontos de corte foram calculados, impossibilita a comparação rigorosa de resultados, uma vez que, se desconhece como foram calculadas essas categorias e quais os critérios adotados para estabelecer as classificações referidas anteriormente.

Apesar disso, conseguiu-se chegar a dados que apontam, na generalidade, para um consenso nos resultados obtidos, tanto na caracterização da literacia em saúde em Portugal, como também na descrição da associação entre o nível de literacia em saúde e algumas características sociodemográficas.

No que diz respeito à literacia em saúde em geral os estudos apontam que em Portugal prevalece baixos níveis de literacia em saúde (Cunha, et al. 2014; Pedro, et al. 2016; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016) e quando comparado com outros países, estes resultados mantêm-se (Espanha, Ávila & Mendes, 2015; Saboga-Nunes, et al. 2014).

É de referir, que no estudo desenvolvido por Cavaco e Santos (2012) onde concluíram que aproximadamente 80% da sua amostra apresentou um nível adequado de literacia em saúde funcional, foram excluídas as pessoas que apresentassem dificuldades em ler e escrever o português (critério de exclusão). Este dado não deve ser esquecido quando olhamos para estes resultados, uma vez que, de certa forma, já os poderá comprometer.

Relativamente à descrição da associação entre o nível de literacia em saúde e algumas características sociodemográficas, os estudos revistos indicam que o sexo feminino, (Cavaco & Santos, 2012; Cunha, et al. 2014; Serrão, 2014; Serrão et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016) idades avançadas (idosos) (Cunha, et al. 2014; Espanha, Ávila & Mendes, 2015; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016), baixa escolaridade (Cavaco & Santos, 2012; Espanha, Ávila & Mendes, 2015; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão, 2014; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016) estado civil viúvo (Serrão, 2014; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016), situação laboratorial desempregado (Cavaco & Santos, 2012; Pedro et al. 2016), nível socioeconómico baixo (Cunha et al. 2014), com diagnóstico de alguma doença (Saraiva & Luz, 2017; Serrão, 2014) e baixa perceção de qualidade de vida (Espanha & Ávila, 2016; Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016), aqueles que se mostram mais vulneráveis a pontuar valores mais baixos em literacia em saúde. Estes resultados vão de encontro a outros estudos desenvolvidos e já referidos (Baker, et al. 2000; Bennett, et al. 2009; Speros, 2005; WHO, 2013; Toçi et al. 2013).

Por outro lado, é de referir ainda, relativamente à escolaridade o estudo desenvolvido por Espanha, Ávila e Mendes (2015), que nos revela dados como 33,4% dos inquiridos com ensino superior pontuaram valores baixos ao nível da literacia em saúde. Este dado merece atenção, uma vez que, não é somente os indivíduos com baixa escolaridade que revelam resultados baixos ao nível literacia em saúde.

No estado civil, os autores atribuem o fato de serem os viúvos a pontuar valores mais baixos em literacia em saúde, comparativamente aos casados, salientando que o contexto conjugal pode favorecer a troca de informações sobre saúde e doença, tomadas de decisões mais refletidas e cuidado mútuo na saúde e na doença (Veiga & Serrão, 2016).

A relação entre presença de doença e literacia em saúde revela ser um dado pertinente. Os resultados afirmam que indivíduos com algum tipo de doença,

independentemente do tipo, são aqueles que pontuam valores mais baixos em literacia em saúde, comparativamente aos que não sofrem de nenhuma doença. Refletindo sobre estes resultados constata-se que aquelas pessoas que poderiam beneficiar dos serviços de prestação de cuidados de saúde e do eventual efeito promotor da literacia em saúde que é esperado destes serviços, são aquelas que apresentam menor grau de literacia em saúde (Veiga & Serrão, 2016).

Contudo, autores como Saraiva e Luz (2017) sugerem que a presença de uma doença crónica, influencia o nível de literacia em saúde, uma vez que, o contato direto, regular e prolongado no tempo com e no sistema de saúde, faz com que este tipo de indivíduos desenvolvam competências para gerir e tomar decisões, contribuindo ainda, para um maior conhecimento relativamente ao seu próprio estado de saúde (Saraiva & Luz, 2017).

Por último, tendo em consideração os resultados apresentados nos dois estudos desenvolvidos pela ERS (2017), é de salientar que na prática não só os utentes revelam baixos conhecimentos acerca dos seus direitos, como também os próprios profissionais de saúde (ERS, 2017). Segundo Kickbusch (2005), para que a literacia em saúde esteja presente, é preciso não só que os utentes se envolvam ativamente nos cuidados, como também os profissionais precisam de funcionar como um elo de auxílio na promoção da literacia em saúde nos mesmos, o que não se verifica no estudo desenvolvido pela ERS (2017).

Assim, tendo em conta este retrato da população adulta portuguesa, face à literacia em saúde, parece que os resultados têm vindo a legitimar a urgência de um trabalho de investigação e de intervenção em profundidade neste campo.

Referências

- Ávila, P. (2005). *A literacia nos adultos: Competências chave na sociedade do conhecimento*. Manuscrito não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Baker, D., Gazmararian, J., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55, 368-374. doi: 10.1093/geronb/55.6.S368.

- Benavente, A., Rosa, A., Costa, F., & Ávila, P. (1996). *A literacia em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bennet, I., Chen, J., Soroui, J., & White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of Family Medicine*, 7, 204-211. doi: 10.1370/afm.940.
- Botelho, R., & Oliveira, C. (2017). Literatura branca e cinzenta: Uma revisão conceitual. *Revista Ciência da Informação Brasília*, 44, 501-513. doi: 10.18225/ci.inf.v44i3.1804.
- Cavaco, A., & Santos, A. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Revista Saúde Pública*, 46, 918-922. doi: 10.1590/S0034-89102012000500019.
- Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., & Nunes, L. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. *Atención Primaria*, 46, 180-196. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70088-5.
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health literacy survey portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.277.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Entidade Reguladora de Saúde (2017). *Literacia em direito dos utentes de cuidados de saúde*. Retirado de https://www.ers.pt/pages/73?news_id=1557.
- Filho, G., Pereira, L., Passo, L., Merenciano, L., & Numão, R. (2006). *Literatura cinzenta*. Manuscrito não publicado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P., Ioannidis, J., Clarke, M., Devereaux, P., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *PlosMedicine*, 6, 1-28. doi: 10.1136/bmj.b2700.
- Kickbusch, I., Wait S., & Maag D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. Internacional Longevity Centre-UK.

- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: A challenge of contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion Internacional*, 15, 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Pedro, A., 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, 259-275. doi: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002.
- Ribeiro, J. L. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 15, 671-682. doi: 10.15309/14psd150309.
- Saboga-Nunes, L., Sorensen, K., & Pelikan, M. (2014). Hermenêutica da literacia em saúde e a sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In VII Congresso Português de Sociologia (Ed.), *40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas* (pp.2-15). Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia.
- Sampaio, R.F., & Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira Fisioterapia*, 11, 83-89. doi: 10.1590/S1413-35552007000100013.
- Saraiva, C., & Luz, M. (2017). Teste de literacia funcional em saúde no adulto: Processo preliminar de adaptação cultural e validação. *Revista Baiana de Enfermagem, Salvador*, 31, 1-12. doi: 10.18471/rbe.v31i1.17986.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. doi: 10.19131/jpmhn.0006.
- Serrão, C. (2014). Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas portuguesas. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.21-32). Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Serrão, C. (2014). Conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.33-55). Porto: Projeto Literacia em Saúde.

- Speros, C. (2005). Health Literacy: Concepts analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633-640. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x.
- Sudore, R., Mehta, K., Simonsick, E., Harris, T., Newman, A., Satterfield, S., Rosano, C., Rooks, R., Rubin, S., Ayonayon, H., & Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal Compitalion: The American Geriatrics Society*, 54, 770-776. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x.
- Toçi, E., Burazani, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadan, N., Roshi, E., & Brand, M. (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3, 1646-1658. doi: 10.9734/BJMMR/2013/3972.
- Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British Journal of Management*, 14, 207-222. doi: 10.1111/1467-8551.00375.
- Veiga, S., & Serrão, C. (2016). Health literacy of a sample of portuguese elderly. *Applied Research in Health And Social Sciences: Interface And Interaction*, 13, 14-26. doi: 10.1515/arhss-2016-0003.
- World Health Organization (2009). World Health Statistics. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2013). *Health literacy. The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Literacy Foundation (2015). *The economic & social cost of illiteracy in a global context*. Melbourne: WLF.

Um retrato da literacia em saúde funcional, comunicacional e crítica em adultos portugueses

Resumo

A literacia em saúde implica que as pessoas saibam cuidar da própria saúde, assim como da saúde da família e da comunidade, conhecendo e compreendendo os fatores que a influenciam, sabendo como lidar com estes e assumindo a responsabilidade. Assim, os indivíduos precisam de desenvolver capacidades cognitivas e sociais relacionadas com o acesso, compreensão e utilização da informação, para conseguir manter, mas também promover, uma boa saúde. A presente investigação assenta num estudo descritivo, exploratório transversal, que tem como principal objetivo descrever os níveis de literacia em saúde funcional, comunicacional e crítica, na população adulta portuguesa, tendo em consideração as características sociodemográficas e clínicas dos participantes. Para tal, estudou-se uma amostra de 316 indivíduos portugueses, dos quais 66,1% são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos ($M=35,12$; $DP=14,49$). A maioria dos participantes tem um nível de escolaridade correspondente ao Ensino Superior (63,9%), sendo que 18% afirma sofrer de alguma doença, em média há um ano ($M=12,13$; $DP=11,27$). Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e clínico e à Escala de Literacia em Saúde (ELS). Os resultados indicam que, globalmente, os níveis de literacia apresentados são medianos. Ao nível dos domínios da literacia em saúde a pontuação mais alta é da literacia comunicacional, que apresenta valores razoáveis ($M=73,87$; $DP=15,56$), seguida da literacia funcional ($M=63,69$; $DP=13,30$) e, por último, a crítica, que se apresenta como baixa ($M=31,99$; $DP=7,03$). Os resultados sugerem ainda, a existência de associação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas nos níveis de literacia em saúde.

Palavras-chaves: literacia; saúde, adultos; Portugal

Abstract

Health literacy implies that people know how to care for their own health, as well as family and community health, knowing and understanding the factors influencing them, knowing how to deal with them and taking responsibility. Thus, individuals need to develop cognitive and social skills related to access, understanding and use of information, in order to maintain, but also to promote, good health. The present research is based on a descriptive, cross-sectional exploratory study whose main objective is to

describe functional, communicational and critical health literacy levels in the Portuguese adult population, taking into account the sociodemographic and clinical characteristics of the participants. For this purpose, a sample of 316 Portuguese individuals was used, of which 66.1% were female, aged 18-78 years ($M=35.12$; $SD=14.49$). Most of the participants had a level of education corresponding to Higher Education (63.9%), and 18% reported suffering from a disease, on average for one year ($M=12.13$, $SD=11.27$). Participants answered to a sociodemographic and clinical questionnaire and to the Health Literacy Scale (ELS). The results indicate that, overall, the literacy levels presented are medium. When the three health literacy domains are considered, the highest score is communicational health literacy, which presents reasonable values ($M=73.87$; $SD=15.56$), followed by functional health literacy ($M=63.69$; $SD=13.30$) and, finally, the critical health literacy, which is the lowest ($M=31.99$; $SD=7.03$). The results also suggest the existence of an association between some sociodemographic and clinical variables and health literacy.

Keywords: literacy; health; adults; Portugal

A literacia em saúde enquanto fenómeno ativo e holístico tem despoletado cada vez mais atenção, por parte de investigadores, daí que nos últimos tempos este conceito tenha ganho relevo na Agência Europeia Para a Saúde. Esta é encarada como um construto mediador não só para obter ganhos em saúde, mas também, e atualmente, tendo em conta a evolutiva complexidade dos sistemas de saúde, esta é encarada sendo uma ferramenta imprescindível para conseguir frequentar e usufruir adequadamente dos cuidados que eles oferecem (Pedro, et al. 2016; Serrão, 2014).

Segundo Carmo (2016), a literacia em saúde:

Implica que o indivíduo seja capaz de, designadamente, descrever e comunicar sintomas físicos e mentais, compreender as orientações dos profissionais, tomar decisões acerca dos tratamentos médicos e do quando e como procurar ajuda médica, compreender instruções e prescrições, folhetos médicos, de consentir de forma livre e esclarecida e, ainda, seja capaz de negociar com outras entidades financiadoras dos cuidados (p.42)

Desta forma, compreende-se que quando falamos deste tipo de literacia, estamos perante um processo considerado dinâmico, no qual o indivíduo reflete e adota um papel

proactivo, ativo e reativo, no âmbito pessoal, social e profissional, enquanto utente, consumidor e cidadão (Carmo, 2016).

Enquanto utente, para saber frequentar e usufruir do sistema de saúde, agindo como aliado aos profissionais do mesmo; enquanto consumidor, para adotar uma postura crítica e de controlo relativa às tomadas de decisões na seleção de bens e serviços, agindo em conformidade com os seus direitos e deveres e, por último, enquanto cidadão, através do sentimento de competência e liberdade para participar em debates de saúde e integrar em organizações de saúde e de doentes, adotando comportamentos informados relativos aos seus direitos em saúde (SNS, 2010).

De acordo com a World Literacy Foundation (2015), a iliteracia em saúde tem implicações imediatas no estado de saúde geral, físico e mental, para além de limitar e dificultar o acesso aos cuidados de saúde, pois o indivíduo sente uma maior dificuldade em aceder, entender e aplicar informações relacionadas à mesma (WLF, 2015; Wolf et al. 2005).

Relativamente ao impacto no estado de saúde individual, estudos revelam que baixos níveis de literacia, muito provavelmente, originam hábitos pobres ao nível da higiene e da alimentação, que, por sua vez, se refletem através de uma maior incidência de doença, o que por sua vez, leva a uma maior procura de medicamentos e de serviços de saúde, faltas ao emprego e, em última instância, a uma maior mortalidade (Carmo, 2016; WLF, 2015; Wolf, et al. 2005). A iliteracia em saúde está, ainda, relacionada com elevado risco de hospitalizações, maior utilização de serviços de urgência (Carmo, 2016; Espanha, et al. 2016) a uma desvalorização de exames médicos e da vacinas, (Antunes, 2014), a uma menor utilização de serviços preventivos (Carmo, 2016; Espanha, et al. 2016), a menor capacidade de seguir as prescrições terapêuticas e entender e gerir os rótulos dos medicamentos por dificuldade na sua identificação (Antunes, 2014) e, ainda, a uma menor compreensão da informação, ou até mesmo falta de conhecimento, face a diversas doenças, à contraceção, à alimentação, ao exercício físico e à cessação tabágica (WHO, 2013). A baixa literacia afeta também a comunicação e a relação médico-doente (Antunes, 2014).

Segundo a World Health Organization (2013), resultados pobres em literacia em saúde estão ainda relacionados com escolhas menos saudáveis e comportamentos mais arriscados (WLF, 2015). Acrescenta ainda que, literacia em saúde limitada está associada

a um menor número de participação em atividades de rastreio de doenças, a mais acidentes de trabalho, maior predisposição para sofrer doenças crónicas (Santos, 2010), baixa adesão à medicação, aumento de morbilidade, morte prematura e a elevados custos ao sistema de saúde (WHO, 2013).

Um estudo realizado por Wolf, et al. (2005) verificou a existência de uma associação entre o grau de literacia em saúde e o funcionamento físico e saúde mental, ou seja, níveis mais baixos de literacia em saúde estão associados a pior funcionamento físico e pior saúde mental, estando mais propensos a relatar limitações ao nível das atividades de vida diárias, maior perceção de dor e, ainda, maior probabilidade de sofrer de certas doenças crónicas, nomeadamente, de hipertensão, diabetes *mellitus*, insuficiência cardíaca e artrite.

Numa revisão realizada por Pedro, et al. (2016) sobre a relação entre o nível de literacia e o estado de saúde, concluiu-se que, as pessoas com baixa literacia em saúde são mais suscetíveis a ter dificuldade em: **(a)** compreender as informações orais e escritas transmitidas pelos profissionais de saúde; **(b)** frequentar o sistema de saúde, de modo a encontrar os serviços e cuidados que necessitam e posteriormente, **(c)** em saber usá-los e, por último, **(d)** em seguir as orientações prescritas pelos mesmos (Pedro, et al. 2016).

Nesta linha de pensamento, torna-se evidente a associação entre baixa literacia em saúde com pior estado de saúde (WHO, 2013) e menor qualidade de vida (Espanha et al. 2016). Por outro lado, adequados níveis de literacia, estão relacionados com melhorias na condição de saúde das pessoas (Pedro, et al. 2016; WHO, 2013), nomeadamente através da adoção de práticas de higiene apropriadas, melhores conhecimentos nutricionais, maior acesso a cuidados preventivos, redução taxa de desemprego (WHO, 2009; WLF, 2015) melhores resultados em saúde, através da participação ativa e informada dos cidadãos nos cuidados de saúde, diminuindo assim, os gastos, os comportamentos de risco e as desigualdades em saúde (OPP, 2015).

No que respeita à literacia em saúde, em Portugal, os dados revelam que a maioria dos portugueses tem um nível de literacia em saúde “problemático” ou “inadequado, o que parece traduzir-se em consequências já referidas (Saúde que Conta, 2012). O Inquérito Europeu à Literacia em Saúde aplicado em Portugal (HLS-EU-PT) demonstra que, comparativamente aos restantes oito países participantes, os valores médios nos índices de literacia em saúde são sistematicamente mais baixos em Portugal, onde 11%

da população tem um nível de literacia em saúde “inadequado”, cerca de 38% “problemático” e 50% “excelente” ou “suficiente” e onde a percentagem de indivíduos com uma literacia em saúde “excelente” (8,6%) é a mais baixa no conjunto dos restantes países (Espanha, et al. 2016; Saúde que Conta, 2014). Os resultados revelam ainda que: 56,2% dos inquiridos não sabem diferenciar se a informação encontrada nos meios de comunicação sobre saúde é ou não de confiança; 55% não sabem de que forma as políticas podem afetar a saúde; no entanto, compreendem porque devem de fazer rastreios (90,6%); compreendem os avisos relativos a comportamentos como fumar, excesso de álcool, falta de atividade física (90,2%) e 87,2% sabe como agir em caso de emergência médica (Saúde que Conta, 2014).

Em Portugal foram desenvolvidos alguns estudos que tinham como objetivo verificar a associação entre o nível de literacia em saúde e algumas características sociodemográficas. Os estudos indicam que os indivíduos do sexo feminino (Cavaco & Santos, 2012; Cunha, et al. 2014; Serrão, 2014; Serrão et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016) aqueles com idades avançadas (idosos) (Cunha, et al. 2014; Espanha, Ávila & Mendes, 2015; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016), com baixa escolaridade (Cavaco & Santos, 2012; Espanha, Ávila & Mendes, 2015; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão, 2014; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016), estado civil viúvo (Serrão, 2014; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016), desempregados (Cavaco & Silva, 2012; Pedro et al. 2016), nível socioeconómico baixo (Cunha et al. 2014), com diagnóstico de alguma doença (Saraiva & Luz, 2017; Serrão, 2014) e baixa perceção de qualidade de vida (Espanha & Ávila, 2016; Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016), são aqueles que se mostram mais vulneráveis em termos da literacia em saúde. No entanto, é de referir que, apesar de existirem grupos considerados vulneráveis a apresentarem níveis mais inadequados de literacia em saúde, os estudos salientam ainda, que a população em geral também pontua nesses níveis inferiores (Saúde que Conta, 2014; Speros, 2005).

Deste modo, entende-se que promover a literacia em saúde pode ajudar a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, auxiliando-os não só a adotarem comportamentos benéficos para a saúde e a manterem-se saudáveis, como também, para quando se sentirem doentes, participarem confortavelmente na tomada de decisão e tratamentos propostos e ainda, para a redução de custos relativos à saúde e comportamentos prejudiciais à mesma (Carmo, 2016; Serrão, 2014).

Nesta perspetiva, Kickbusch et al. (2005) referem que a Europa despende uma quantia significativa dos seus recursos no setor da saúde, quando esses gastos podiam ser diminuídos, aumentando a literacia em saúde. Consideram que investir na literacia em saúde pode contribuir para melhorar a saúde da população e reduzir custos aos cuidados de saúde. Nutbeam (2000) reforça a ideia anterior, afirmando que, em termos de benefícios de saúde, a literacia em saúde não só implica vantagens e mais-valias ao nível da esfera individual, isto é, no âmbito pessoal, do indivíduo em si, mas também implica benefícios coletivos e sociais, exercendo deste modo, um impacto positivo na sociedade como um todo.

Compreende-se, deste modo, que a necessidade de aumentar a literacia em saúde nas comunidades tem sido, nas últimas décadas, uma preocupação regular na definição de políticas de saúde, contemplada inclusivamente no atual Plano Nacional de Saúde (Pedro, et al. 2016; Serrão, 2014). No entanto, apesar desta consciência política estar presente nos últimos tempos, o facto é que existem poucos estudos em Portugal que deem uma perspetiva holística sobre o conhecimento que a população portuguesa tem relativamente à saúde, uma vez que grande parte dos estudos conduzidos no nosso país sobre este domínio são demasiado específicos em termos da temática/área de saúde em estudo ou então são locais/regionais (Santos, 2010).

Neste sentido, torna-se urgente conhecer os níveis de literacia em saúde na população adulta portuguesa, com o objetivo de traçar e implementar planos práticos, específicos e ajustados àquelas que demonstrem ser as fragilidades, vulnerabilidades e necessidades desta população, neste domínio. Assim, a presente investigação assenta num estudo de natureza descritiva, exploratória transversal, que tem como objetivo geral descrever os níveis de literacia em saúde (literacia funcional, comunicacional e crítica), numa amostra adulta portuguesa, tendo em consideração as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Os objetivos específicos passam por verificar se existe associação entre o nível de literacia em saúde e algumas características sociodemográficas, nomeadamente: **a)** verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo masculino e feminino relativamente à literacia em saúde; **b)** analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e o nível de literacia em saúde; **c)** analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes níveis de escolaridade quanto à literacia em saúde; **d)**

verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com e sem diagnóstico de doença quanto ao nível de literacia em saúde; e) verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que vão ou não acompanhados às consultas quanto à sua literacia em saúde; f) verificar se nos participantes que apresentam um diagnóstico de doença, o número de internamentos no último ano está relacionado com o nível de literacia em saúde apresentado e, por último, g) analisar se existe uma associação estatisticamente significativa entre a perceção do estado de saúde em geral e o nível de literacia em saúde dos indivíduos.

Método

Participantes

A amostra deste estudo foi selecionada tendo por base um método não-probabilístico de amostragem por conveniência. O estudo foi realizado com um grupo constituído por 316 indivíduos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos ($M=35,12$; $DP=14,49$; $Med=29,00$), dos quais 66,1% são do sexo feminino e 33,9% do sexo masculino. A maioria dos participantes tem um nível de escolaridade correspondente ao Ensino Superior (64,1%).

Da amostra, 21,9% refere que vai habitualmente acompanhado a consultas médicas ou de enfermagem, nomeadamente com: “mãe/pai/pais” (69,8%), “outro familiar” (12,7%), “esposa/marido” (11,1%), “namorada/namorado” (3,2%) e, por último, “irmã” (1,6%) e “amigo” (1,6%). Os motivos pelos quais os participantes referem ir acompanhados estão, essencialmente, relacionados com: apoio social emocional (9,5%), apoio social instrumental (4,7%), mas também por questões relacionadas com a literacia em saúde (2,5%).

No apoio social emocional são mencionados aspetos como por exemplo: por questões de “conforto”, “segurança”, “ansiedade”, “vergonha”, “confiança”; no apoio social instrumental, são exemplos: as questões relacionadas com “transporte” e “facilidade” e, por último, na literacia em saúde, são mencionados aspetos relativos à literacia comunicacional (1,9%) “para ajudar a responder a questões que possa surgir”, “para ajudar a explicar o que acontece” e crítica (0,6%) “para ter mais uma opinião sobre o que é dito ou o que devo fazer”.

Ainda sobre a amostra, 18,1% afirma sofrer de algum tipo de doença, em média há um ano ($M=12,13$; $DP=11,27$). No quadro 2 é possível verificar a variedade de doenças que foram referidas pelos participantes.

Relativamente ao internamento, 8% assinalou que esteve internado no último ano e, entre estes doentes, em média, pelo menos, uma vez ($M=1,10$; $DP=,301$).

Por último e, em geral, os participantes caracterizam a sua saúde como sendo “boa” ($M=3,39$; $DP=0,958$; $Min.=1$; $Máx.=5$).

No quadro seguinte (quadro 1), é possível verificar a descrição e caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas, fazendo a distinção entre os dois sexos e a amostra total.

Quadro 1.

Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas, fazendo distinção entre os dois sexos e a amostra total

	Caracterização da amostra					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	107	33,9	209	66,1	316	100,0
Escolaridade						
1º Ciclo do Ensino Básico (1ª à 4ª classe)	8	2,5	8	2,5	16	5,1
2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano)	8	2,5	4	1,3	12	3,8
3º Ciclo do Ensino Básico (do 7º ao 9º ano)	15	4,8	9	2,9	24	7,6
Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano)	27	8,6	34	10,8	61	19,4
1º Ciclo do Ensino Superior/Licenciatura	25	7,9	75	23,8	100	31,7
2º Ciclo do Ensino Superior/Mestrado	8	2,5	56	17,8	64	20,3
3º Ciclo do Ensino Superior/Doutoramento	15	4,8	23	7,3	38	12,1
Vai habitualmente acompanhado a consultas médicas ou de enfermagem?						
Não	83	77,6	163	78,4	246	78,1
Sim	24	22,4	45	21,6	69	21,9
Sofre de alguma doença?						
Não	93	86,9	165	79,3	258	81,9
Sim	14	13,1	43	20,7	57	18,1
Esteve internado no último ano?						
Não	93	91,2	193	92,3	286	92,0
Sim	9	8,8	16	7,7	25	8,0

No quadro seguinte (quadro 2), são enumeradas as diversas doenças que os participantes mencionaram sofrer, o número de vezes que foram surgindo e a respetiva percentagem.

Quadro 2.

Lista das doenças referidas pelos participantes que responderam “Sim” à questão “Sofre de alguma doença? Se sim, qual (ais)?”

Doenças referidas pelos participantes								
Doença	n	%	Doença	n	%	Doença	n	%
Hipertensão Arterial	10	12,7	Colesterol	2	2,5	Hipo coagulado	1	1,3
Asma	9	11,3	Síndrome Ovário Policístico	1	1,3	Ouvidos	1	1,3
Diabetes	6	7,6	Líquen Plano	1	1,3	Sinusite	1	1,3
Tiroide	6	7,6	Pele Atópica	1	1,3	Dislipidemia	1	1,3
Rinite Alérgica	5	6,3	Miopia	1	1,3	Resistência Periférica a Insulina	1	1,3
Depressão	4	5,1	Síndrome Vertiginosa	1	1,3	Gastrite Crónica	1	1,3
Anemia	3	3,8	Escoliose	1	1,3	Dermatite Crónica	1	1,3
Osteoporose	3	3,8	Tendinites	1	1,3	Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	1	1,3
Artroses	2	2,5	Doença Celíaca	1	1,3	Cirroose Hepática	1	1,3
Reumatismo Arterial	2	2,5	Hidronefrose	1	1,3	Taquicardia	1	1,3
Bronquite	2	2,5	Insuficiência Venosa nos Membros Inferiores	1	1,3	Varizes	1	1,3
Doença de Crohn	2	2,5	Fibrilação Auricular	1	1,3	Hemorroidas	1	1,3

Material

Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico (cf. Anexo A) e à Escala de Literacia em Saúde (ELS) (Silva, Jólluskin, & Carneiro, versão em estudo) (cf. Anexo B).

- Questionário Sociodemográfico e Clínico:

O questionário sociodemográfico e clínico utilizado foi desenvolvido especificamente para o presente estudo e teve como objetivo recolher dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, nomeadamente: sexo; idade; escolaridade; se vai acompanhado(a) habitualmente a consultas médicas ou de enfermagem, quem o(a) acompanha e porquê; se tem alguma doença e se sim, qual e há quanto tempo; se esteve internado(a) no último ano e se sim, quantas vezes. Por último, este questionário integra, ainda, um item relativo à perceção de saúde que pertence ao questionário *Short Form Health Survey 36* (MOS SF-36).

- Escala de Literacia em Saúde (ELS):

A Escala de Literacia em Saúde (Silva, Jólluskin, & Carneiro, versão em estudo) é constituída por 111 itens, que procuram avaliar três dimensões essenciais da literacia

em saúde (Quadro 3): **(1)** Literacia Funcional – como aceder a informação sobre saúde; **(2)** Literacia Comunicacional – capacidade para compreender e comunicar informação sobre saúde e, por último, **(3)** Literacia Crítica – capacidade de usar de forma crítica e reflexiva a informação sobre saúde.

Para cada item, são oferecidos ao participante cinco opções de resposta, ora de facilidade/dificuldade, ora de concordância/discordância relativamente ao comportamento apresentado (Silva, Jólluskin & Carneiro, versão em estudo).

Quadro 3.

Caracterização da Escala de Literacia em Saúde - ELS

Caracterização da escala de literacia em saúde – ELS			
Dimensões	1. Literacia básica/funcional	2. Literacia comunicacional/interativa	3. Literacia crítica
Nº de itens	21	31	59
Itens e exemplo	<p><u>Itens:</u> 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 91, 92, 93, 94, 95, 96.</p> <p><u>Exemplo:</u> “Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que me preocupam”.</p>	<p><u>Itens:</u> 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46.</p> <p><u>Exemplo:</u> “Compreender as instruções que o médico ou farmacêutico me dão sobre como tomar um medicamento”.</p>	<p><u>Itens:</u> 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 97, 98, 99, 100, 101,102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111.</p> <p><u>Exemplo:</u> “Avaliar ou decidir sobre as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento”.</p>
Opções de resposta	<p><u>Escala de Likert:</u></p> <p><u>Escala de facilidade/dificuldade:</u> “<i>muito difícil; difícil; nem difícil, nem fácil; fácil; muito fácil; não se aplica a mim</i>”.</p> <p><u>Escala de concordância/discordância:</u> “<i>sempre; muitas vezes; algumas vezes; raramente; nunca</i>”.</p>		

O cálculo de cada subescala e do score total é feito através do somatório dos valores obtidos em cada item, sendo esse somatório final convertido em percentagem.

Assim, o valor mínimo que é possível obter quer para cada subescala, quer para a escala total é 0 e o máximo é 100, sendo que quanto maior o valor, maior é a literacia em saúde apresentado pelo respondente. Relativamente aos pontos de corte, assume-se como ponto intermédio os 50%. Tudo o que encontrar abaixo, considera-se como sendo fraco e tudo o que estiver acima, como sendo razoável. Estes valores foram definidos tendo em conta, por um lado, a lógica das opções de resposta e, por outro, a existência de diferenças entre os três grupos em relação à perceção subjetiva de saúde.

No presente estudo, a ELS revelou apresentar uma elevada fidelidade para a escala globalmente considerada ($\alpha = 0,97$), bem como para as subescalas de Literacia Funcional ($\alpha = 0,87$), Literacia Comunicacional ($\alpha = 0,97$) e Literacia Crítica ($\alpha = 0,96$).

Procedimento

Numa fase inicial foi solicitada a autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa. Obtida esta autorização, procedeu-se à elaboração dos questionários em versão eletrónica, mais concretamente através de formulário do *Google Forms*.

A seleção de participantes obedeceu a três condições essenciais: **(a)** serem maiores de idade, ou seja, indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos; **(b)** de língua materna portuguesa; **(c)** capazes de dar o seu consentimento informado de forma livre.

Os questionários foram administrados por via eletrónica (*online*), após terem sido salvaguardadas todas as questões éticas envolvidas. Os participantes foram informados que eram livres de aceitar ou recusar participar no estudo, sem que resultassem para si quaisquer consequências das decisões tomadas.

Foram igualmente informados, que eram livres de desistir a qualquer momento, mesmo que já tivessem iniciado a resposta aos questionários e que em momento algum iriam ser recolhidos dados que os permitissem identificar. Explicou-se também o objetivo do estudo e de que forma poderiam entrar em contacto com a investigadora, para obtenção de mais informações ou esclarecimento de eventuais dúvidas. A autorização para a participação deu-se através da sinalização do participante numa caixa relativa à autorização, caso o respondente não a assinala-se, o programa automaticamente bloqueava a passagem para a fase seguinte, de acesso e resposta aos questionários. A

divulgação do questionário *online* foi feita através das redes sociais, bem como através de *mailing lists* institucionais.

A recolha decorreu entre os meses de Fevereiro e Abril de 2017. Os dados recolhidos foram instantaneamente codificados numa base de dados em Excel e, posteriormente, transferidos para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) com o objetivo de se proceder à análise pormenorizada dos mesmos.

Em momento algum foram recolhidas informações que permitissem identificar os respondentes. Apenas a investigadora teve acesso quer aos questionários respondidos, quer à base de dados construída. Em todos os momentos foi mantida a confidencialidade e anonimato relativamente aos dados recolhidos, sendo que estes nunca foram transmitidos nominalmente.

Resultados

Os resultados serão apresentados respeitando a ordem de numeração dos objetivos da investigação, já referidos anteriormente.

Objetivo geral:

- a) Descrever os níveis de literacia em saúde funcional, comunicacional e crítica, numa amostra adulta portuguesa tendo em consideração as características sociodemográficas dos participantes;

Globalmente os resultados indicam que, os níveis de Literacia em Saúde apresentados são medianos ($M=57,37$; $DP=10,03$). Ao nível das três subescalas a pontuação mais alta é da Literacia Comunicacional, que apresenta valores razoáveis ($M=73,87$; $DP=15,56$), seguida da Literacia Funcional ($M=63,69$; $DP=13,30$) e, por último, a Literacia Crítica, que se apresenta como baixa ($M=31,99$; $DP=7,03$).

No quadro seguinte (quadro 4) destacam-se os resultados em termos de itens individualmente considerados que revelaram valores mais baixos nos três domínios (Min.=0; Máx.=4).

Quadro 4.

Exemplos de itens da ELS por domínios (3 subescalas) e respetivos resultados (média e desvio padrão)

Exemplos de itens por domínios e respetivos resultados

1. Literacia básica/funcional	2. Literacia comunicacional/interativa	3. Literacia crítica
Para saber o que fazer em relação à sua saúde ou doenças e esclarecer dúvidas recorre a:	Precisar de ajuda para:	Saber o que fazer para:
“Conselhos de familiares e amigos” (M=1,84; DP=0,878);	“Compreender o que o médico ou enfermeiro me diz” (M=1,09; DP=0,88);	“Ter acesso à informação sobre a qualidade ou desempenho dos serviços de saúde” (M=1,98; DP=1,15);
“Conselhos de pessoas com o mesmo problema de saúde que eu para saber o que fazer em relação à minha saúde” (M=1,67; DP=0,952);	“Compreender o significado dos relatórios de exames médicos e/ou análises ao sangue ou urina” (M=2,31; DP=1,10);	“Participar em decisões estratégicas e políticas de saúde” (M=1,53; DP=1,15);
“Panfletos com informação de saúde” (M=1,68; DP=0,920);	“Compreender informação sobre saúde que é dada em números ou estatística” (M=2,57; DP=1,00);	Com que frequência:
“Meios de comunicação social” (M=1,38; DP=0,958);	“Compreender termos médicos que são usados em mensagens de saúde ou nas consultas” (M=2,32; DP=1,10).	“Assino documentos no centro de saúde ou hospital que não compreendo” (M=1,34; DP=1,73);
Encontrar informação sobre:		“Comparo informações sobre saúde que me são dadas por diferentes pessoas ou que vejo ou leio em diferentes fontes” (M=1,70; DP=1,12);
“Como a zona onde vive poderá ser mais amiga da saúde” (M=2,28; DP=1,04);		“Prefiro que seja o médico a decidir o que é melhor para a minha saúde” (M=2,17; DP= 0,99).
“As mudanças políticas podem afetar a minha saúde (leis, programas de rastreio, mudanças nos serviços de saúde)” (M=2,20; DP=1,095).		

Objetivos específicos:

- a) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo masculino e feminino relativamente à literacia em saúde;

Quando consideramos o sexo, não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à Literacia em Saúde geral ($t=1,11$; $p>0,05$), Literacia Funcional ($t=,99$; $p>0,05$), Comunicacional ($t=1,35$; $p>0,05$) e Crítica ($t=,99$; $p>0,05$).

- b) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e o nível de literacia em saúde;

Ao nível da idade, verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa, negativa e fraca entre a idade e a Literacia em Saúde geral ($r= -0,31$; $p<0,01$), assim como, entre aquela e as subescalas Literacia em Saúde Funcional ($r=-0,39$; $p<0,01$) e Literacia em Saúde Crítica ($r=-0,21$; $p<0,01$). Porém, verificou-se não existir uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e a Literacia em Saúde Comunicacional ($r=0,11$; $p>0,05$).

Segundo a PORTADA (2017) quanto maior a idade da população portuguesa, menor será a sua escolaridade. Tendo em conta esse dado, procedeu-se a uma análise das correlações parciais entre a idade e a literacia em saúde, controlando-se o nível de escolaridade dos participantes. Os resultados revelam que, ao controlamos esta variável, existe uma correlação negativa e fraca entre idade e Literacia em Saúde geral ($r=-0,249$; $p<0,05$), Literacia em Saúde Funcional ($r=-0,359$; $p<0,05$) e Literacia em Saúde Crítica ($r=-0,211$; $p<0,05$). No entanto, quando controlada a escolaridade a associação entre idade e Literacia em Saúde Comunicacional não é estatisticamente significativa ($p>0,05$).

- c) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes níveis de escolaridade quanto à literacia em saúde;

Ao nível da escolaridade, verificou-se que os indivíduos com frequência de apenas o Ensino Básico são aqueles que apresentam níveis mais baixos de literacia em saúde em todos os domínios: Literacia em Saúde geral ($F=3,78$; $p<0,002$), Literacia em Saúde Funcional ($F=11,32$; $p<0,001$), Literacia em Saúde Comunicacional ($F=4,05$; $p<0,001$) e Literacia em Saúde Crítica ($F=5,74$; $p<0,001$).

Como é possível verificar no quadro seguinte (quadro 5), os participantes com habilitações académicas correspondentes ao Ensino Superior, são os que apresentam maiores níveis de Literacia em Saúde.

Quadro 5.

Níveis de escolaridade e resultados na ELS (total e as três subescalas)

Níveis de escolaridade e resultados na ELS							
Níveis de escolaridade				Literacia	1. Literacia	2. Literacia	3. Literacia
				Total	Funcional	Comunicacional	Crítica
1º Ciclo do Ensino Básico	<i>M</i>			33,31	42,68	60,78	20,85
	<i>DP</i>			15,12	11,44	17,77	4,20
2º Ciclo do Ensino Básico	<i>M</i>			44,44	41,07	61,17	25,09
	<i>DP</i>			10,86	6,84	19,65	7,93
3º Ciclo do Ensino Básico	<i>M</i>			55,77	56,05	69,20	28,75
	<i>DP</i>			8,97	14,89	16,69	5,72
Ensino Secundário	<i>M</i>			55,63	61,97	70,84	31,02
	<i>DP</i>			8,45	11,22	12,38	5,43
1º Ciclo do Ensino Superior	<i>M</i>			58,17	66,20	70,02	31,87
	<i>DP</i>			9,22	10,44	14,87	7,09
2º Ciclo do Ensino Superior	<i>M</i>			59,70	67,98	80,20	34,63
	<i>DP</i>			9,24	12,60	14,69	5,86
3º Ciclo do Ensino Superior	<i>M</i>			59,89	70,50	79,16	34,67
	<i>DP</i>			57,36	10,79	15,69	8,73

d) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com e sem diagnóstico de doença quanto ao nível de literacia em saúde;

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (com e sem diagnóstico de doença), quanto ao nível de Literacia em Saúde ($X^2 = 0,098$; $p > 0,05$). Apontam, ainda, para a existência de uma correlação estatisticamente negativa entre a duração da doença e o nível de Literacia em Saúde geral ($r = -0,521$; $p < 0,05$). No entanto, quando controladas variáveis como a idade e a escolaridade, essa correlação perde a sua significância estatística ($p > 0,05$).

- e) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que vão ou não acompanhados às consultas quanto à sua literacia em saúde;

Relativamente aos participantes que vão ou não acompanhados às consultas, os resultados apontam para a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambos, quanto à Literacia em Saúde ($X^2=0,0872; p>0,05$).

- f) Verificar se nos participantes que apresentam um diagnóstico de doença, o número de internamentos no último ano está relacionado com o nível de literacia em saúde apresentado;

A este nível não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes internados no último ano e o nível de Literacia em Saúde em geral ($U=0,629; p>0,05$) e nas três subescalas: Funcional ($U=0,093; p>0,05$), Comunicacional ($U=0,651; p>0,05$) e Crítica ($U=0,467; p>0,05$).

- g) Analisar se existe uma associação estatisticamente significativa entre a perceção do estado de saúde em geral e o nível de literacia em saúde dos indivíduos;

Verificou-se existir uma associação estatisticamente significativa positiva e fraca entre a perceção do estado de saúde em geral e o nível de Literacia em Saúde geral dos indivíduos ($r=0,278; p<0,01$).

Discussão

Nesta fase vão ser refletidos e discutidos alguns tópicos que foram apresentados ao longo da presente investigação, nomeadamente, aspetos relacionados com os resultados obtidos, método adotado e natureza do estudo. Também se pretende fazer referência a algumas das limitações e sugestões para futuras investigações.

Relativamente à amostra, fica evidente que a média de idades dos 316 participantes ronda os 35 anos ($M=35,12; DP=14,49$), e que mais de metade da mesma tem um nível de escolaridade correspondente ao Ensino Superior (64,1%). Estes dados são importantes e merecem ser refletidos quando se interpretam os resultados, uma vez que, diante das várias variáveis sociodemográficas existentes, a idade e a escolaridade são as que mais exercem influência nos níveis de literacia em saúde (Cavaco & Santos, 2012; Serrão et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016).

No que diz respeito aos resultados, os níveis de literacia em saúde na amostra estudada revelam ser medianos ($M=57,37$; $DP=10,03$), no entanto, não se pode descurar das características da mesma, tal como foi mencionado. É de salientar, que embora estejamos perante uma amostra “adulta a pender para o jovem” e maioritariamente com escolaridade correspondente ao Ensino Superior, a verdade é que obtiveram-se resultados baixos ao nível da Literacia Crítica ($M=31,99$; $DP=7,03$), seguida da Literacia Funcional que apresenta valores razoáveis ($M=63,69$; $DP=13,30$) e, por último, com pontuação mais alta ao nível da Literacia Comunicacional ($M=73,87$; $DP=15,56$).

Tendo por base o racional teórico de cada um destes três tipos de literacia em saúde, pode-se concluir que os participantes revelam maior capacidade para compreender e comunicar informações sobre saúde (literacia comunicacional), mas uma capacidade moderada para procurar e aceder a informação sobre saúde (literacia funcional), e por último, revelam dificuldades em usar de forma crítica e reflexiva informação sobre saúde (literacia crítica). Segundo Brabers, et al. (2017), fragilidades ao nível da literacia crítica afeta negativamente a tomada de decisões médicas.

Relativamente à associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos relativamente à literacia em saúde. Este resultado parece ir de encontro a outros estudos já existentes na literatura (Cavaco & Santos, 2012; Cunha, et al. 2014; Serrão, 2014; Serrão et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016).

Verificou-se a presença de uma correlação estatisticamente significativa negativa e fraca entre a idade e a Literacia Geral, Funcional e Crítica, ou seja, quando maior a idade, menor os níveis de literacia em saúde, nesses respetivos domínios. Contudo, verificou-se não existir uma correlação estatisticamente significativa entre idade e Literacia em Saúde Comunicacional. Este dado parece revelar que a capacidade para compreender e comunicar informação sobre saúde, não está associada à idade. Estes resultados parecem ir genericamente ao encontro dos estudos existentes, uma vez que, apenas apontam no sentido de quanto maior for a idade, menor são os níveis de literacia em saúde (Cunha, et al. 2014; Espanha, Ávila & Mendes, 2015; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016).

Ao nível da escolaridade, os resultados apontam no sentido de que indivíduos com baixo nível de escolaridade apresentam níveis de literacia em saúde mais baixos. Os

participantes com o Ensino Básico foram os que pontuaram valores mais baixos na ELS e, paralelamente, os que tinham uma escolaridade correspondente ao Ensino Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento), foram os que pontuaram valores superiores na mesma. Ainda assim, os resultados apresentados por estes sugerem a presença de fragilidades ao nível da literacia em saúde.

Ficou ainda clara, a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com e sem diagnóstico de doença. Contudo, para aqueles que mencionaram sofrer de alguma doença, verifica-se que existe uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre ambas, dando a entender que quanto maior a duração da doença, menor o nível de literacia em saúde. No entanto, quando controladas a idade e a escolaridade, essas diferenças perdem significância estatística, ou seja, não parece ser tanto a doença que está associada a resultados mais baixos de literacia em saúde, mas as pessoas que apresentam doença revelam maior idade e menor escolaridade. Os estudos afirmam, que são os indivíduos com algum tipo de diagnóstico médico, aqueles que apresentam valores inferiores de literacia em saúde, contudo não fazem referência se controlaram ou não alguma variável (Saraiva & Luz, 2017; Serrão, 2014).

Ao nível do acompanhamento às consultas e internamento no último ano, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que vão ou não acompanhados às consultas médicas e/ou de enfermagem, quanto à literacia em saúde, bem como, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que estiveram ou não estiveram internados no último ano quanto ao nível de literacia em saúde. É de referir, que o número de participantes no grupo de pessoas que passaram por um internamento é bastante reduzido pelo que não se pode extrapolar estes resultados.

Por último, e ainda ao nível dos resultados, verificou-se existir uma correlação estatisticamente significativa positiva e fraca entre a perceção do estado de saúde em geral e os níveis de literacia em saúde dos participantes, significando que, quanto maior os níveis de literacia em saúde, melhor é a perceção do estado de saúde dos participantes. Estes dados são corroborados pela literatura (Espanha & Ávila, 2016; Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016; WHO, 2013).

Analisando os resultados em alguns dos itens constituintes da ELS, verificou-se que houve aspetos, na presente investigação, que foram de encontro ao estudo Europeu,

como por exemplo, questões “como a zona onde vive poderá ser mais amiga da saúde” de que forma, “as mudanças políticas podem afetar a minha saúde”. No estudo Europeu verificou-se que 55% dos inquiridos não sabem de que forma as políticas podem afetar a saúde (Espanha & Ávila, 2016; Saúde que Conta, 2014), sendo que, os resultados na presente investigação sugerem, igualmente, que os participantes revelam fragilidades no acesso à informação sobre políticas relacionadas com a saúde, enquanto cidadãos que procuram promover a sua saúde.

Relativamente às limitações do estudo, considera-se importante destacar o facto de a ELS delimitar pontos de corte em relação à perceção subjetiva de saúde. Assim, tendo em conta este aspeto, sugere-se que em estudos futuros se definam pontos de corte considerando também resultados objetivos de saúde, o que poderá potenciar a interpretabilidade dos resultados e a utilidade dos mesmos.

Ao nível do procedimento adotado, é de referir, que o facto da recolha dos dados ter sido exclusivamente feita através da via *online*, mais concretamente, com o preenchimento de um formulário do *Google Forms*, e de o mesmo ter sido divulgado apenas em redes sociais e *mailing lists* institucionais, de certa forma, explica, em parte, o porquê de algumas das características da amostra, referidas anteriormente e, conseqüentemente, alguns dos resultados obtidos.

Teria sido vantajoso complementar esta mesma recolha fazendo recurso à administração suporte papel (presencial), bem como através de outros meios de divulgação, uma vez que o objetivo era abranger o intervalo máximo de idades possíveis, desde os 18 anos em diante (sem qualquer limite da mesma). Considera-se deste modo, que esta foi uma limitação da presente investigação e sugere-se que em futuros estudos este aspeto seja cuidadosamente tido em consideração, pois pode enviesar a recolha dos dados e logicamente os resultados obtidos.

Por último, é de salientar que, a presente investigação assentou num estudo de natureza transversal. Contudo, tendo em conta a dimensão e a complexidade que o tema literacia em saúde trás consigo, considera-se que seria pertinente realizar estudos longitudinais, uma vez que, estes permitiriam analisar o efeito de distintos fatores neste domínio (Hochman, et al. 2005; Marques & Peccin, 2005).

Referências

- Antunes, M. (2014). A literacia em saúde: Investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. *XI Jornadas APDIS*, 123-133.
- Ávila, P. (2005). *A literacia nos adultos: Competências chave na sociedade do conhecimento*. Manuscrito não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Brabers, A; Rademakers, J; Groenewegen, P; Dijk, L., & Jong, J. (2017). What role does health literacy play in patients involvement in medical decision-making? *Plos One*, 12, 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0173316.
- Carmo, M. (2016). A (i)literacia em saúde: Forças e oportunidades do sistema de saúde português. In Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (Ed.), *Gestão Hospitalar* (pp.42-45). Coimbra: Portugal.
- Cavaco, A., & Santos, A. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Revista Saúde Pública*, 46, 918-922. doi: 10.1590/S0034-89102012000500019.
- Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., & Nunes, L. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. *Atención Primaria*, 46, 180-196. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70088-5.
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.277.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hochaman, B., Nahas, F., Filho, R., & Ferreira, L. (2005). Desenho de pesquisa. *Ata Cirúrgica Brasileira*, 20, 2-9. doi: 10.1590/S0102-86502005000800002.
- Kickbusch, I., Wait S., & Maag D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. Internacional Longevity Centre-UK.
- Marques, A. & Peccin, M. (2005). Pesquisa em fisioterapia: A prática baseada em evidências e modelos de estudos. *Fisioterapia e Pesquisa*, 2, 43-48.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge of contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion Internacional*, 15, 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa.
- Pedro, A., 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, 259-275. doi: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002.
- PORDATA (2017). Base de Dados de Portugal Contemporâneo. Retirado de <http://www.pordata.pt/>.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em saúde: Capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4, 127-134.
- Saraiva, C., & Luz, M. (2017). Teste de literacia funcional em saúde no adulto: Processo preliminar de adaptação cultural e validação. *Revista Baiana de Enfermagem, Salvador*, 31, 1-12. doi: 10.18471/rbe.v31i1.17986.
- Saúde que Conta (2014). *Aplicação em Portugal do questionário europeu de literacia em saúde*. Retirado de <http://www.saudequeconta.org/investigacao/2013-2014/>.
- Saúde que Conta (2012). *Think Tank literacia em saúde*. Retirado de <http://www.saudequeconta.org/investigacao/20112012-2/>.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. doi: 10.19131/jpmhn.0006.
- Serrão, C. (2014). Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas portuguesas. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.21-32). Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Serrão, C. (2014). Conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.33-55). Porto: Projeto Literacia em Saúde.

- Serviço Nacional de Saúde (2010). *Literacia em saúde*. Retirado de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>.
- Speros, C. (2005). Health literacy: Concepts analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633-640. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x.
- Veiga, S., & Serrão, C. (2016). Health literacy of a sample of portuguese elderly. *Applied Research in Health And Social Sciences: Interface And Interaction*, 13, 14-26. doi: 101515/arhss-2016-0003.
- World Health Organization (2013). *Health literacy. The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2009). *World Health Statistics*. Geneva: WHO.
- World Literacy Foundation (2015). *The economic & social cost of illiteracy in a global context*. Melbourne: WLF.
- Wolf, M., Gazmararian, J., & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 15, 1946-1952. doi: 10.1001/archinte.165.17.1946.

Conclusão

Com a elaboração do artigo de revisão da literatura ficou evidente, através dos estudos analisados, que, em Portugal, prevalecem baixos níveis de literacia em saúde e que os grupos considerados mais vulneráveis, em termos de literacia em saúde, são os constituídos por pessoas do sexo feminino, pessoas com idade avançada, indivíduos com baixos níveis de escolaridade, viúvos, desempregados, de estatuto social baixo, com diagnóstico de alguma doença e pessoas com baixa perceção de qualidade de vida. Através desta revisão fica evidente que a progressiva capacitação em saúde dos portugueses deve ser uma meta a atingir.

Ao nível do artigo empírico, alguns dos resultados foram ao encontro dos da revisão da literatura, nomeadamente, quanto maior a idade, menor são os níveis de literacia em saúde apresentados pelos participantes; os inquiridos com baixa escolaridade, são os que revelam maior dificuldades a neste nível e, portanto, valores mais baixos ao nível da literacia em saúde e, por último, quanto maior os níveis de literacia em saúde, melhor é a perceção do estado de saúde dos participantes. Para além destas variáveis sociodemográficas, foram analisadas outras, nomeadamente variáveis clínicas, tais como: se vai acompanhado a consultas médicas ou de enfermagem, se sofre de alguma doença, e se esteve internado no último ano.

Por outro lado, não se analisou no estudo empírico, o estado civil, a situação laboral, o estatuto social, que, segundo a literatura são variáveis que exercem influência nos níveis de literacia em saúde. Com isto, sugere-se que em estudos futuros, se alargue a estas variáveis sociodemográficas.

As conclusões daqui retiradas não podem ser extrapoladas para a generalidade da população portuguesa, tendo em conta o tamanho da amostra. Sugere-se, deste modo, que se alargue este estudo a nível nacional.

É de salientar que, na discussão de ambos os artigos (teórico e prático), foram expostas algumas limitações que são importantes mencionar e refletir, uma vez que, a tomada de consciência das mesmas serve de ponto de partida para novas e futuras investigações neste campo de investigação.

As principais limitações sentidas estão relacionadas com aspetos relativos à definição do construto que difere de estudo para estudo e paralelamente, à diversidade de instrumentos, com finalidades diferentes, o que dificulta a comparação e confrontação de

resultados, uma vez que estamos a comparar o incomparável. Exemplo disso são os termos usados para classificar os resultados nos testes administrados: “inadequado”, “limitado”, “problemático”, entre outros, onde os autores não fazem referência de que forma esse ponto de corte foi calculado. Ao nível do estudo empírico, as limitações prendem-se ao procedimento adotado, ou seja, com o facto de a recolha dos dados ter sido exclusivamente feita através da via *online*, mas também com o facto de a ELS não delimitar pontos de corte e por último, com o facto de a presente investigação assentar num estudo de natureza transversal.

Na senda dos resultados obtidos urge potenciar a literacia em saúde, na população portuguesa e, em especial, junto dos grupos de maior vulnerabilidade. Neste sentido, considera-se importante fazer referência a algumas das estratégias mencionadas na literatura como sendo úteis na promoção da literacia em saúde.

Começando pela escola, segundo Carvalho e Jourdan, (2014), a literacia em saúde é considerada como uma ferramenta fundamental a ser abordada na educação básica, com o intuito de a promover. Esta promoção passa por a desenvolver em todos os alunos, o que inevitavelmente exige a adoção de cuidados redobrados, de modo a serem consideradas aquelas que são as necessidades específicas de cada aluno, com o objetivo de elaborar e implementar programas de intervenção em saúde ajustados às mesmas, pois dessa forma é que estes podem ser encarados como eficazes e paralelamente, consigam colmatar as desigualdades em saúde (Carvalho & Jourdan, 2014). Neste sentido, os mesmos autores referem, que a literacia em saúde na escola, passa, essencialmente, por educar e transmitir aquisições aos alunos de modo a torná-los cidadãos esclarecidos, livres e responsáveis no campo da saúde, afastando-se de comportamentos encarados como prejudiciais para a mesma e compreendendo a necessidade de manter ou mudar para um estilo de vida saudável, a fim de melhorar quer a saúde pessoal, como também daqueles que os rodeiam (Carvalho & Jourdan, 2014). Para isso, a OPP (2015), salienta a importância da implementação de estratégias de promoção e educação para a saúde nas escolas.

Relativamente aos profissionais de saúde, segundo a ERS (2017), estes são considerados o principal veículo de transmissão de informação aos utentes, pelo que o seu desconhecimento, genuinamente, será refletido e replicado aos que por eles são informados. Para contornar este aspeto, é necessário a existência de ações de formação dirigidas a estes profissionais (OPP, 2015).

Ainda com destaque para estes profissionais e para os de intervenção psicossocial já que estes são profissionais de proximidade, inseridos em organizações de saúde e de apoio à terceira idade (Serrão, et al. 2015), considera-se imprescindível que estes sejam sensíveis perante as necessidades das diferentes populações, proporcionando informações fiáveis, ajustadas de acordo com as características singulares de cada sujeito e, essenciais a uma tomada de decisão esclarecida e autónoma, potenciando a literacia e, paralelamente, a qualidade de vida (Serrão, et al. 2015; Wallace, 2004).

A comunicação é um fator chave, neste domínio, e por isso, esta deve ser focada, concreta e simples; deve-se repetir quantas vezes forem necessárias, sem demonstrar desconforto ou qualquer sentimento negativo, por parte do profissional; dar tempo para os indivíduos processarem a informação recebida; dar preferência à comunicação face-a-face; dar destaque aos benefícios ou vantagens a curto-prazo de adotar determinado comportamento aconselhado e, por último, realizar ações de *follow-up* (OPP, 2015; Serrão, et al. 2015).

Segundo Espanha, Ávila & Mendes (2015), é ainda importante, diversificar as estratégias e modos de comunicação e de informação, tendo em consideração a diversidade de perfis sociais e de níveis de competências em literacia em saúde presentes na sociedade portuguesa. É ainda fundamental, que os profissionais que estão diariamente em contacto direto com a população idosa, desmitifiquem preconceitos e velhos mitos (Loureiro, et al. 2014; Wallace, 2004).

Tendo em conta que cada vez mais os cidadãos são dotados de responsabilidade e de empoderamento perante a sua saúde/doença, é inquestionável que estes também tenham de adquirir conhecimentos e competências, de modo, a promover a literacia em saúde e funcionarem como aliados aos profissionais de saúde.

Assim, segundo Serrão (2014), tão importante que dotar as pessoas de conhecimentos é fundamental suscitar interesse e motivação para a ação, ou seja, é necessário que as pessoas adotem um papel ativo na procura e utilização de informação e dos serviços de saúde, no sentido de os usarem de modo eficiente e eficaz na gestão da própria saúde. Torna-se evidente que esta motivação pessoal depende do suporte coletivo sentido pelas pessoas, nomeadamente, por parte dos profissionais de saúde, o que faz com que estes também tenham de desenvolver competências sociais de comunicação, com o objetivo de promover os níveis de literacia em saúde (Serrão, 2014). Segundo Loureiro

et al. (2014), deve-se olhar para estes factos como sendo algo que se vai adquirindo ao longo do tempo, devendo ser um processo de aprendizagem planeado e intencional, de modo, a produzir mudanças de comportamento e até mesmo de estilos de vida.

Os programas de autogestão de saúde e a criação de plataformas e materiais específicos, parecem funcionar como adjuvantes na diminuição de algumas doenças e também, demonstram constituir-se como estratégias benéficas, não só para a autogestão de doenças crónicas como também na adesão à terapêutica, segundo uma análise da literatura realizada por Pedro et al. (2016).

Deste modo, denota-se que a perspetiva da literacia em saúde enquanto fenómeno holístico e dinâmico exige uma intervenção que não se restringe ao recurso exclusivo a estratégias informativas (Serrão, 2014), no entanto, a existência de materiais de educação em saúde, podem-se revelar um bom recurso a utilizar na promoção da mesma, quando linguisticamente e esteticamente apropriados ao público-alvo (Wallace, 2004).

Para finalizar, é de referir, que para além destas, existem outras estratégias a serem implementadas, de modo a dar resposta a este problema atual na sociedade portuguesa.

Referências

- Brabers, A; Rademakers, J; Groenewegen, P; Dijk, L., & Jong, J. (2017). What role does health literacy play in patients involvement in medical decision-making? *Plos One*, *12*, 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0173316.
- Carvalho, S., & Jourdan, D.(2014). Literacia em saúde: A importância dos contextos Sociais. In C. Júnior, A. Júnior & M. Corazza (Org). *Ensino de ciências: Múltiplas perspectivas, diferentes olhares* (pp. 99-122). Brasil: Editora CVR.
- Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., & Nunes, L. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. *Atención Primaria*, *46*, 180-196. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70088-5.
- Entidade Reguladora de Saúde (2017). *Literacia em direito dos utentes de cuidados de saúde*. Retirado de https://www.ers.pt/pages/73?news_id=1557.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2015). Literacia em saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kickbusch, I., Wait S., & Maag D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. Internacional Longevity Centre-UK.
- Loureiro, L. M. J., Rodrigues, M. A., Santos, J. C., & Oliveira, R. A. (2014). Literacia em saúde – Breve introdução ao conceito. In L. M. J. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental – Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp.13-26). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge of contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion Internacional*, *15*, 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa.
- Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion Internacional*, *15*, 277-283. doi: 10.1093/heapro/15.4.277.
- Pedro, A., 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, 259-275. doi: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002.

Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter. *Health Promotion Internacional*, 24, 285-296. doi: 10.1093/heapro/dap014.

Saboga-Nunes, L., Sorensen, K., & Pelikan, M. (2014). Hermenêutica da literacia em saúde e a sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In VII Congresso Português de Sociologia (Ed.), *40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas* (pp.2-15). Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia.

Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. doi: 10.19131/jpmhn.0006.

Serrão, C. (2014). Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas portuguesas. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.21-32). Porto: Projeto Literacia em Saúde.

Sousa, P. (2009). O serviço de saúde em Portugal: Realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884-894.

Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Veiga, S., & Serrão, C. (2016). Health literacy of a sample of portuguese elderly. *Applied Research in Health and Social Sciences: Interface and Interaction*, 13, 14-26. doi: 101515/arhss-2016-0003.

Von Korff, M., Gruman, J. Schaefer, J. Curry, SJ., & Wagner, EH. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127, 1097-1102.

Wallace, L. S. (2004). The impact of limited literacy on health promotion in the elderly. *Californian Journal of Health Promotion*, 2, 1-4.

World Health Organization (1948). *Officials Records of the World Health Organization*. Genebra: WHO.