

Carlos Peter Steglich Canas da Silva

**Estudo comparativo da avaliação da literacia em saúde entre
algumas regiões NUTS II de Portugal**

Orientador: Professor Doutor Nelson Tavares

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2021

Carlos Peter Steglich Canas da Silva

**Estudo comparativo da avaliação da literacia em saúde entre
algumas regiões NUTS II de Portugal**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 9 de Abril, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 83/2021, com a seguinte composição:

Presidente:

Professora Doutora Patricia Rijo

Arguente:

Professora Doutora Carla Motta

Orientador:

Professor Doutor Nelson Rodrigues Tavares

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2021

Agradecimentos

Este trabalho não seria possível sem a preciosa orientação e apoio do Professor Doutor Nelson Tavares, sempre disponível, conhecedor e inquiridor, mostrando qual o caminho a seguir e a resiliência a ter.

À Catarina, que nunca duvidou de mim em qualquer momento e nesta fase final foi mais determinante que nunca.

Resumo

A literacia em saúde é um tema cada vez mais importante no estudo em saúde pública. É uma pré-condição necessária para o envolvimento nas decisões sobre a saúde e cuidados de saúde, relacionadas com os resultados de saúde.

O conhecimento sobre a literacia em saúde limitada em diferentes grupos etários é crucial para melhor direcionar as intervenções de saúde pública para os subgrupos da população. A literacia em saúde representa algumas competências relacionadas com a compreensão, avaliação, aplicação das informações em saúde condizentes com as tomadas de decisão no ambiente de prevenção de doenças

Sendo assim, a literacia em saúde está associada à eficácia do uso de serviços preventivos e outros de saúde com consequências no estado subjetivo de saúde e na mortalidade de uma determinada população. Os fatores socioeconómicos, como o baixo nível educacional, baixo status social e origem estão associados à literacia em saúde limitada.

Neste sentido o objetivo geral deste trabalho é a análise comparativa da literacia em saúde em duas NUTS – Região Autónoma dos Açores e Área Metropolitana de Lisboa. Colocou-se como questão de investigação: qual o nível de avaliação da literacia em saúde entre duas regiões NUTS II de Portugal, RA dos Açores e Área Metropolitana de Lisboa?

Os resultados do estudo identificaram que a maior parte dos participantes tem maior nível de literacia em relação aos comportamentos de prevenção da doença, e menos em relação à promoção da saúde. E, nos valores de literacia em cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde são mais elevados na região de Lisboa.

Palavras-chave: comportamentos de saúde, RAA, Lisboa, literacia em saúde,

Abstract

Health literacy is an increasingly important topic in public health studies. It is a necessary precondition for involvement in health and health care decisions related to health outcomes.

Knowledge about limited health literacy in different age groups is crucial to better target public health interventions to population subgroups. Health literacy represents the competence to access, understand, evaluate, and apply health information to everyday decision-making in relation to disease prevention and health promotion.

Thus, health literacy is associated with the effectiveness of the use of preventive and other health services with consequences for the subjective health status and mortality of a given population. Socioeconomic factors, such as low educational level, low social status and origin are associated with limited health literacy.

In this sense, the general objective of this work is the comparative analysis of health literacy in two NUTS - Autonomous Region of the Azores and Lisbon Region. The research question was: what is the level of health literacy assessment between two NUTS II regions of Portugal, Autonomous Region of the Azores and Lisbon?

The results of the study identified that most participants have a higher level of literacy in relation to disease prevention behaviors, and less in relation to health promotion. And, in the values of health care literacy, disease prevention and health promotion are higher in the Lisbon region.

Keywords: health behaviors, ARA, Lisbon, health literacy Nuts II

Índice

Índice

<i>Resumo</i>	4
<i>Abstract</i>	5
<i>1. Introdução</i>	11
<i>1 – Enquadramento teórico</i>	13
1.1 A literacia em saúde	13
1.2 Os impactos da literacia nos cuidados de saúde.....	14
1.3 Níveis de literacia em saúde	17
1.4 Instrumentos de avaliação da literacia em saúde.....	20
1.5 A literacia em saúde em Portugal.....	21
1.6 Principais intervenções para melhorar a literacia em saúde na população.....	23
1.7 Literacia de cuidados de saúde e género.....	25
<i>2 – Estudo metodológico</i>	27
2.1 Opções metodológicas	27
2.2 Perguntas de Investigação.....	27
2.3 Objetivos de Investigação.....	27
2.4 Design do estudo	28
2.5 Método e Tipo de Estudo	28
2.6 Participantes	28
2.7 Instrumentos de Recolha de Dados	28
2.7.1 Inquérito por Questionário.....	28
2.8 Tratamento dos dados.....	29
2.9 Resultados.....	29
<i>Discussão de resultados</i>	40
<i>Conclusão</i>	43
<i>Bibliografia</i>	45

Abreviaturas

AAHLS All Aspects of Health Literacy

ARA Autonomous Region of the Azores

CHC-Test Critical Health Competencies Test

DP Desvio Padrão

EPE Entidade Pública Empresarial

EUA Estados Unidos da América

HCC Hospital Curry Cabral, EPE

CHLC Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

HeLMS Health Literacy Management Scale

HLS-CH Swiss Health Literacy Survey

HLS-EU-PT European Health Literacy Survey in Portuguese

HLS-EU-Q European Health Literacy Survey Questionnaire

HLSI Health Literacy Skills Instrument

HTA Hipertensão Arterial

IOM Institute of Medicine

K-S Kolmogorov-Smirnov

LS Literacia em Saúde

M Média

MAHL Multidimensional Measure of Adolescent Health Literacy

METER Medical Term Recognition Test

MHLS Mandarin Health Literacy Scale

NALS National Adult Literacy Survey

N Número de indivíduos na amostra

NVS Newest Vital Sign

OMS Organização Mundial de Saúde

ProLisa Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde

REALM Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SAHLSA Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults

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

SBSQ Set of Brief Screening Questions

SDPI-HH-PL Special Diabetes Program for Indians

TOFHLA Test of Functional Health Literacy in Adults

UE União Europeia

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Formação	30
Tabela 2 - Sistema/seguro de saúde	30
Tabela 3 - Prescrição	31
Tabela 4 - Patologias	31
Tabela 5 - IMC	31
Tabela 6 - European Health Literacy Survey	32
Tabela 7 – Consistência interna	33
Tabela 8 - Estatísticas descritivas	34
Tabela 9 - Literacia em saúde e género	35
Tabela 10 - Literacia em saúde e idade	36
Tabela 11 - Literacia em saúde e escolaridade	37
Tabela 12 - Literacia em saúde e género	38

Lista de Figuras

Figura 1 - modelo conceitual de literacia em saúde	13
Figura 2 - modelo de literacia em saúde, de Rowlands et al. (2017).....	17
Figura 3 – Políticas nacionais do plano de ação de Literacia em Saúde	23
Figura 4 – elementos para melhorar a educação em saúde.....	24
Figura 5 - Literacia em saúde	35
Figura 6 - Literacia em saúde e género.....	36
Figura 7 - Literacia em saúde e idade.....	37

1. Introdução

O conceito de literacia em saúde surgiu na década de 1970, no contexto de promoção da saúde pelo Professor Scott Simonds (Simonds, 1974). A Professora Illia Kickbusch desenvolveu o conceito global de promoção da saúde (Clarck, 2017) que culminou com a primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Surge resultante de um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial, em resposta a crescentes expectativas de saúde e bem-estar, maioritariamente nos países industrializados. Realizou-se em Ottawa em 1986 onde foi aprovada a Carta que contém orientações para que fosse atingida a Saúde para todos no ano 2000 e seguintes (Carta de Ottawa, 1986). Fortes vínculos com a saúde pública levaram ao entendimento dos determinantes sociais da saúde, destacaram a equidade como um fator-chave na saúde e foi o primeiro documento de saúde a articular a importância da ecologia e do meio ambiente (Clarck, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998 definiu literacia em saúde como “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, entender e usar as informações de maneiras que promovam e mantenham a boa saúde” (OMS, 1998).

No ano de 1999, o Conselho de Assuntos Científicos da *American Medical Association* definiu a literacia em saúde como a “capacidade de ler e compreender frascos de remédios, notas de nomeação e outros materiais relacionados necessários para funcionar com sucesso como paciente”.

Illia Kickbusch teve uma contribuição muito importante para que o conceito da literacia em saúde se tornasse mais robusto e abrangente. Uma forma discreta de alfabetização cada vez mais importante para o desenvolvimento social, económico e de saúde (Kickbusch, 2001). Capacidade para tomar definições fundamentadas, no decurso da vida diária, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização dos serviços de saúde, no mercado, no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (Kickbusch, 2005). O reconhecimento do status de literacia em saúde dos indivíduos permite o uso de ferramentas de comunicação adequadas. Isso pode economizar tempo e esforço e melhorar a satisfação do paciente e os resultados de saúde (Kisckbusch et al, 2009).

A literacia em saúde, de acordo com Hernandez (2013) e Kickbusch, et al. (2013) é um termo recorrente nas políticas que inspiram a configuração futura dos sistemas de saúde em todo o mundo. É geralmente entendido como a capacidade de colher, processar e compreender as informações relevantes de saúde. Deste ponto de vista, a literacia em saúde tem sido geralmente vista como um determinante significativo do bem-estar, que está fortemente relacionado com o uso apropriado dos serviços de prevenção, bem como a adesão à medicação (Paasche Orlow, 2011).

De salientar que o uso ineficiente de serviços de saúde aumenta a pressão financeira de sistemas de saúde, reduz a capacidade dos serviços de saúde e pode ainda promover medicamentos desnecessários aos doentes. Especialmente à luz das tendências demográficas atuais, que se direcionam para um envelhecimento da população, identificar e abordar os fatores associados ao uso eficiente dos serviços de saúde é uma questão cada mais marcante.

Tendo em conta os pressupostos apresentados, o objetivo do presente trabalho é a análise é a análise comparativa da literacia em saúde em duas NUTS – Região Autónoma dos Açores e a Região de Lisboa. Colocou-se como questão de investigação: qual o nível observado de de literacia em saúde entre duas regiões NUTS II de Portugal, RA dos Açores e Região de Lisboa?

1 – Enquadramento teórico

1.1 A literacia em saúde

O conceito de literacia em saúde está associado à utilização apropriada de serviços de saúde para a prevenção, para além de que, devido aos seus efeitos no aumento de custos na prestação de serviços de saúde, é considerado igualmente, para a gestão da sustentabilidade do sistema de saúde (Howard, et al., 2005).

O conceito de literacia em saúde foi proposto pela primeira vez na década de 1970, embora tenha sido somente na década de 1990 que o interesse começou a aumentar de forma drástica. O modelo conceitual de literacia em saúde descreve a direção associada à literacia (figura 1)

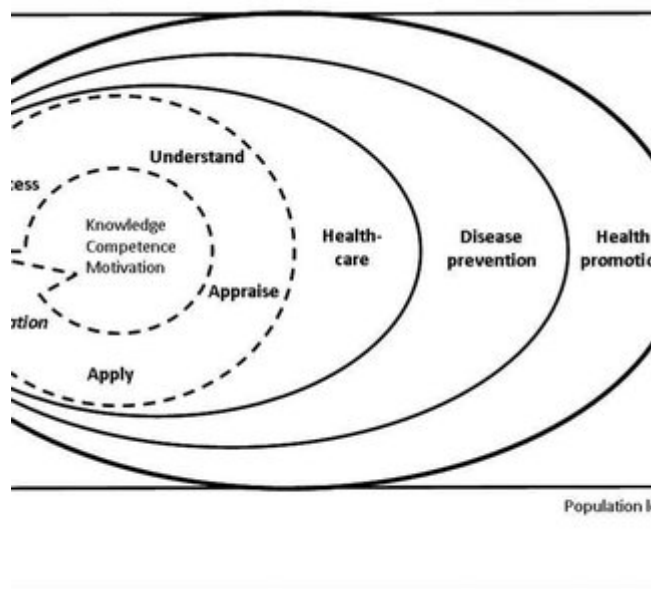


Figura 1 - modelo conceitual de literacia em saúde

No núcleo está o conhecimento, a motivação e as competências de acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações para formar o julgamento e tornar as decisões relacionadas com os cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde. Neste contexto, o acesso a cuidados de saúde condiz com a competência de identificação e obtenção de informações de saúde. A avaliação refere-se essencialmente à capacidade de interpretação, filtração, julgamento e avaliação das informações de saúde acedidas. Aplicar está relacionada com a capacidade de comunicar e usar as informações para tomar uma decisão de manter e melhorar a saúde (Von Wagner et al., 2009; Sørensen et al., 2012)

Ao nível individual, a comunicação ineficaz devido à falta de literacia em saúde pode resultar em erros, má qualidade e riscos para a segurança do indivíduo. A nível populacional, as pessoas com literacia em saúde são capazes de participar em diálogos públicos e privados sobre a saúde, medicina, conhecimento científico e crenças culturais.

Os principais benefícios da “alfabetização” em saúde afetam todo o conjunto de atividades da vida, do lar, do trabalho da sociedade e da cultura, que desempenham um papel vital para equidade das pessoas e da sustentabilidade na vida.

O estudo de Rocco (2015) teve como objetivo fornecer os insights sobre o papel desempenhado pela literacia alimentar, na proteção e promoção do bem-estar, abrindo caminho para novos desenvolvimentos concetuais e empíricos, através de uma revisão sistemática da literatura que confirmou que a literacia alimentar é um progresso na literatura científica e, ao mesmo tempo, apoiou a compreensão limitada sobre os seus efeitos no bem-estar.

De acordo com o autor, o conceito de literacia alimentar foi introduzido no início dos anos 90 para indicar a capacidade funcional da dieta saudável sem privação., i.e, equilibrada nutricionalmente. Neste contexto, a literacia alimentar estava relacionada com a capacidade individual de comprar, preparar e consumir alimentos de uma forma inteligente, numa perspectiva funcional de melhorar a saúde

Neste ponto de vista, a literacia alimentar tem sido entendida como um conjunto de aptidões funcionais, bem como as aptidões sociais que são necessárias para selecionar e preparar os alimentos para a melhoria do bem-estar, estabelecendo uma ligação entre literacia em saúde e literacia alimentar (Rawl et al., 2008).

1.2 Os impactos da literacia nos cuidados de saúde

A compreensão mais aprofundada da literacia em saúde pode causar efeitos adversos nos indivíduos e na sociedade. A baixa literacia está, geralmente, associada a um conjunto de consequências na saúde, incluindo o aumento da mortalidade, hospitalização e, nalguns casos, ao menor controlo das condições crónicas da saúde (Pignone et al., 2005; Kripalani et al., 2010).

Por outro lado, o conhecimento sobre a saúde afeta a prevenção e a triagem de doenças, o comportamento de saúde, o histórico dos pacientes e a interpretação dos diagnósticos (Sayad & Williams, 2012).

A literacia em seguros de saúde define-se como a capacidade de um individuo procurar obter e entender os planos de saúde, e após a sua inscrição utilizar o seu seguro para a procura de

serviços de saúde apropriados. Paez et al. (2014) identificaram que os consumidores não entendem o risco e a responsabilidade pessoal, planejar a cobertura e partilhar os custos, bem como a obtenção de cuidados, rede de provedores e restrições de serviços e recursos.

A maior parte da população dos EUA não possui seguro de saúde, tem uma literacia em saúde e nível sócio económico básica baixa, servindo assim, como uma barreira clínica para a inscrição nas coberturas de seguros (Sentell & Braun, 2012). Estas barreiras, aumentam para os indivíduos que não falam inglês.

O estudo de Edward et al. (2018) teve como objetivo avaliar o impacto da literacia em saúde relacionada com os seguros de saúde, acesso a cuidados de saúde e, cuidados para as comunidades de origem espanhola que vive nos EUA. Os resultados do estudo demonstraram que os participantes apresentam uma literacia inadequada relacionada com os seguros de saúde.

Os participantes norte-americanos que nunca tinham acedido os serviços de saúde tinham 93% menos oportunidades de serem segurados e aqueles com nível de saúde adequado tinham três vezes mais oportunidades de serem segurados.

É de salientar, que numa óptica de equidade, os sistemas dos EUA em muito divergem dos Europeus na sua organização no que concerne a acessos. Os EUA têm o seu sistema de saúde centrado em seguros, de acesso regulado. Na Europa a saúde está organizada em sistemas de saúde maioritariamente pública/estatal e de acesso livre. Neste sentido, é de relativa e fácil leitura depreender que na Europa os sistemas de saúde são muito mais equitativos, na medida em que qualquer cidadão e mesmo não cidadão (em Portugal, o Governo promulgou legitimando os cidadãos que não estavam ou pudessem estar devidamente autorizados a permanecer em Portugal, a fim de poderem aceder tanto à Segurança Social, bem como a todos os cuidados de saúde a par dos cidadão de naturalidade Portuguesa e/ou autorização de residência).

No âmbito clínico considera-se a literacia em saúde como um “conjunto de capacidades que facilitam a adesão do paciente ao atendimento médico, cuja falta representa um risco para a saúde” (OMS, 2015).

A literacia em saúde é um aspeto importante no atendimento ao paciente. A literacia em saúde, de acordo com Rudd (2010, p. 2283) é definida como o “grau em que o individuo pode obter, comunicar, processar e entender as informações e serviços da saúde básica para tomar decisões de saúde adequadas”.

O estudo de Rasu et al. (2015) teve como objetivo avaliar o impacto de baixo nível de literacia em saúde na utilização de cuidados de saúde e despesas. Os autores, utilizaram o banco de dados da pesquisa médica do Expenditure Panel (MEPS) entre 2005-2008 que fornece as estimativas da utilização e despesas em saúde. Os resultados do estudo demonstraram um nível abaixo do normal na literacia em saúde. E, esta está inversamente associada à utilização e despesa em cuidados de saúde. As pontuações de literacia em saúde foram calculadas através de um modelo preditivo validado através da [Avaliação Nacional de Literacia](#).

Na perspetiva da saúde pública e da promoção da saúde, a literacia em saúde é considerada como um ativo, e como resultado de atividades que servem para aumentar a capacidade de ação na saúde (Nutbeam, 2008).

Alguns estudos têm demonstrado que as habilidades mais baixas de literacia em saúde contribuem para um risco maior a longo prazo e a condições limitantes de vida (Berkman et al., 2011), bem como mais dificuldade em administrar medicamentos e uma mortalidade mais precoce (Bostock e Steptoe, 2012).

Em ambos os paradigmas, o contexto é crucial, ou seja, no paradigma clínico, o nível absoluto de literacia em saúde de um indivíduo e as necessidades e complexidade do sistema de saúde (Baker, 2006; Parker, 2009). E, no contexto mais amplo da vida do cidadão, exige o desenvolvimento de infraestruturas comunitárias, educacionais e de local de trabalho que possam facilitar e apoiar o acesso à informação em saúde (Rowlands et al., 2017).

O estudo de Rowlands et al., (2017) teve como objetivo ouvir os alunos adultos sobre as suas perspetivas sobre a recolha, compreensão e utilização da informação em saúde. Este estudo incluiu 27 participantes de cursos de formação na área comunitária para identificar os principais fatores relevantes de informação em saúde.

O objetivo dos autores foi desenvolver um modelo de literacia em saúde que se baseie em evidências e que explorasse a literacia no contexto da vida quotidiana das pessoas e, comparar com os modelos já existentes. O modelo proposto baseou-se nalgumas variáveis como o esquema seguinte:

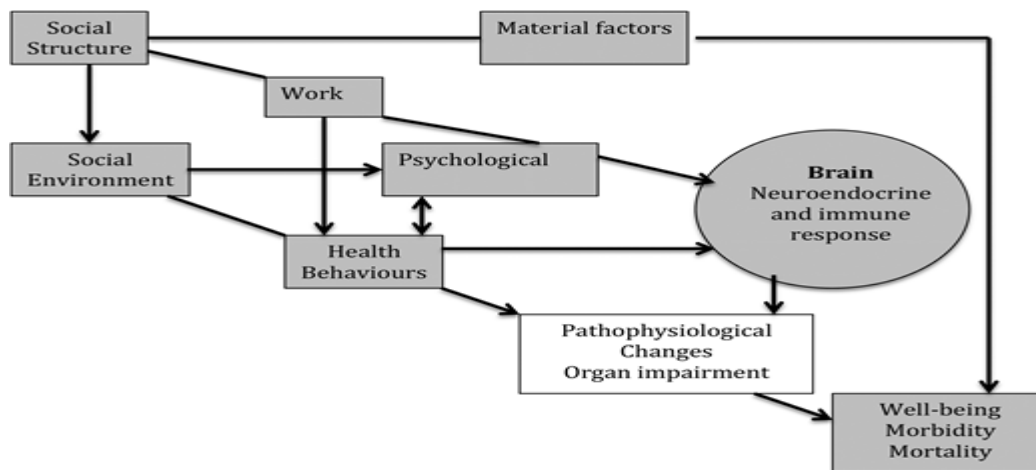


Figura 2 - modelo de literacia em saúde, de Rowlands et al. (2017)

O estudo de Rowlands et al. (2017), considerado como um projeto qualitativo permitiu produzir um modelo de literacia em saúde decorrente das experiências vividas pelos estudantes adultos. Assim, determinaram que existe uma colheita, avaliação e uso de informações para a saúde e fatores que influenciam a iniciação e a manutenção da mudança de comportamento para alcançar a saúde e o bem-estar.

1.3 Níveis de literacia em saúde

Em Portugal, 61,4% da população inquirida apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado. No subíndice Cuidados de Saúde a percentagem é de 55,1%; no Prevenção da Doença 55,1% e no Promoção de Saúde a percentagem sobe para 60,2%. (Pedro et al., 2016). O autor refere ainda que “Está também fortemente ligado a um baixo conhecimento ou compreensão quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde, e poderá estar também associado a uma probabilidade elevada de hospitalização”, conforme em Herman et. al (2009). Particularmente, os pacientes do sexo feminino com menores níveis de educação desejavam ter mais informações sobre os seus tratamentos. Frequentemente reclamavam que os seus médicos não forneciam explicações compreensíveis, embora a sua necessidade de informação fosse identificada, mas não compreendida (Morris et al., 2013).

Os comportamentos de procura de informação de saúde podem mudar o impacto dos resultados da literacia em saúde. As pessoas com menos educação estavam mais inclinadas a confiar nas suas famílias e amigos para as informações de saúde, e os indivíduos com curso superior

estariam mais inclinados para consultar as fontes de profissionais de saúde, internet e jornais (Morris et al., 2013).

Diversos estudos demonstraram que a informação médica era para além dos níveis de leitura dos pacientes. Um estudo de Weiss (2007) identificou que os pacientes realmente não entendiam os termos médicos como “Cólon”, “Teste de Triagem”.

O estudo de Çaylan et al. (2017) teve como objetivo identificar os níveis de literacia em saúde e os fatores de influência em indivíduos entre os 20 e os 64 anos de idade, inscritos nos Centros de Saúde da Família no centro da cidade de Edirne.

A amostra do estudo incluiu 285 indivíduos de 17 dos 20 Centros de Saúde da Família, e onde foi efetuada uma caracterização dos dados sociodemográficos e uma Medida de Literacia em Saúde do Adulto. Os resultados do estudo determinaram que a Medida de Literacia em Saúde do Adulto foi de 13,26 numa escala de 23 com pontuações mais elevadas no sexo feminino.

A pontuação média de literacia em saúde aumentou com a melhoria do nível de educação, número de livros lidos num ano, número de dias que leem um jornal semanal e rendimento mensal. A pontuação média de alfabetização em saúde, calculado numa escala de 23, foi de 13,26 e deve ser aumentado. A análise indicou que a educação foi o preditor mais importante.

De acordo com Salem et al. (2018) a população idosa tem uma inadequada literacia em saúde, diminuindo a função cognitiva e a saúde potencial. O nível de escolaridade e o rendimento mensal estão associados ao nível de literacia, independentemente da idade dos participantes do estudo. A OMS relatou que o nível de alfabetização entre os homens nos países desenvolvidos é maior do que a nível feminino, exceto no Catar e nos Emirados Árabes Unidos (OMS, 2009).

O estudo de Salem et al. (2018) teve como objetivo avaliar o grau de literacia em saúde entre a amostra e examinar a relação entre a idade e o nível de escolaridade dos participantes e o seu nível de literacia, no período entre novembro de 2015 e dezembro de 2015. Os autores utilizaram uma versão árabe da Escala SAHL.

Os resultados do estudo determinaram que as mulheres selecionadas em ambulatórios apresentavam condições de saúde adequadas e literacia com pontuação média. E, não existia uma relação entre o nível de literacia em saúde com a idade e nível de escolaridade dos participantes. Este estudo fornece conhecimento que pode ser aplicado para desenvolver esquemas de incentivo ao nível de literacia em saúde entre as mulheres na Arábia Saudita. Este

estudo teve contudo aparentes limitações como sendo os participantes foram recrutados conforme disponibilidade, o que pode originar enviesamento. A escala usada, Short

Assessment of Health Literacy (SAHL), demonstrou não ter tido correlação e significância estatística que permitisse estabelecer correlação entre idade e o resultado da escala referida. A amostra foi de 105 mulheres seleccionadas no espaço de dois meses. Comparativamente ao presente estudo, a recolha de dados foi com critérios de exclusão. As ferramentas existentes estão longe de estarem optimizadas e Griffin et al. (2010) explora e maior detalhe os vários pontos críticos.

Várias organizações e instituições ao nível nacional e internacional como o Departamento da Saúde e Serviços Humanos e a Comissão Conjunta de Acreditação de Cuidados de Saúde, priorizaram a literacia em saúde como a segurança do paciente e a qualidade no atendimento.

Vários estudos relataram que a literacia em saúde pode influenciar os resultados de saúde, incluindo a mortalidade, a diminuição do status da saúde em idosos, refletindo-se no aumento das hospitalizações, diminuição do uso de serviços preventivos e, aumento das dificuldades de informação de saúde.

Os resultados de estudo determinaram que a literacia em saúde está inversamente associada à utilização e despesa em cuidados de saúde. Indivíduos com índices abaixo do normal de literacia em saúde gastam mais em receitas. As estratégias de saúde pública promovem a educação adequada entre indivíduos e pode melhorar os resultados de saúde e, ao mesmo tempo, reduzir as visitas e custos desnecessários com a saúde.

Dependendo do estudo, diferentes autores podem adotar os conceitos de Literacia que apresentam certas especificidades. Estes conceitos podem enfatizar a capacidade de compreender e utilizar as informações escritas sobre a saúde

Os estudos realizados até ao momento colheram informações valiosas sobre a forma como os níveis de literacia podem afetar a condição de saúde das pessoas e o uso de serviços de saúde (Berkman et al., 2011). Uma revisão nesta área concluiu que os baixos níveis de competência estão associados com maior número de internamentos e o uso frequente de serviços de emergência, com menos uso de práticas preventivas (Espanha & Avila, 2016).

O conceito de literacia não é recente e pode estar associado a várias áreas, como, neste caso, à da saúde, não se limitando

“a ler e a escrever (e contar). Ela [literacia] é definida habitualmente como a capacidade de usar as competências de leitura e escrita, incluindo o cálculo (numeracia), ensinadas e apreendidas, com ênfase para a sua utilização no quotidiano, de modo a permitir aos indivíduos dar resposta aos desafios emergentes do dia-a-dia (Benavente, Rosa, Costa, & Ávila, 1996; Pinto, 1996)” (Loureiro *et al.*, 2014: 15).

1.4 Instrumentos de avaliação da literacia em saúde

A saúde da população está sujeita a características sociais, económicas, ambientais, pessoais e comportamentos. Além de que, a literacia em saúde está entre os determinantes críticos da saúde.

Muitos países monitorizaram e avaliaram a literacia em saúde entre os adultos. A Avaliação Nacional de Alfabetização de Adultos de 2003 descobriu que 14% dos adultos da América tinha baixo nível de literacia em saúde (The Health Literacy of America's Adults, 2003). Em 2006, o Australian Bureau of Statistics revelou que aproximadamente 60% dos adultos australianos tinham baixa escolaridade em saúde (ABS, 2006).

O primeiro inquérito europeu sobre literacia na saúde revelou que 47% das populações de oito países europeus tinham baixo nível de literacia em saúde (Sørensen *et al.*, 2015). A literacia em saúde baixa ou insuficiente tornou-se um problema mundial

Não obstante melhorar a literacia das pessoas em saúde é uma das formas mais fundamentais, económicas e eficazes para aumentar o nível de conhecimento de saúde de toda a população. Assim, melhorar a literacia em saúde promove um conjunto complexo de resultados relacionados positivamente com a saúde (Kilfoyle *et al.*, 2016). De acordo com um estudo, demonstrou-se que a literacia em saúde desempenha um papel importante na saúde reprodutiva das mulheres (Chawłowska *et al.*, 2020), na doença renal (Taylor *et al.*, 2018), asma (Seibert *et al.*, 2019) e doença pulmonar obstrutiva crónica (Stellefson *et al.*, 2019).

O estudo de Liu *et al.* (2018) teve como objetivo resumir os resultados das ferramentas publicadas para avaliar a literacia em saúde entre a população em geral para fornecer uma referência para o estabelecimento de ferramentas de avaliação da literacia em saúde no futuro. Os resultados do estudo determinaram que a maior parte dos instrumentos identificados derivam da definição de literacia em saúde ou baseados na teoria existente de literacia em saúde.

1.5 A literacia em saúde em Portugal

Na metodologia aplicada e desenvolvida por Sorensen (2012), em 2014, cerca de 11% da população portuguesa tinha um nível inadequado de literacia em saúde, 38% tinha um nível problemático, 41% um nível suficiente e 9% teve um nível excelente (Marrin & Rix, 2016).

No entanto, a população está cada vez mais educada e os seus níveis de literacia em saúde podem estar em conformidade com os níveis da média europeia (Avila et al., 2015).

De acordo com Costa et al. (2019) a Biblioteca de literacia em Saúde do Portal SNS tem como objetivo ser um repositório digital de referência para a consulta de várias informações e recursos de boas práticas na promoção da literacia em saúde à disposição dos cidadãos e profissionais de saúde. Deste modo, possibilita que os cidadãos, pacientes e cuidadores possam aceder a informações validadas sobre um tema específico, de forma autónoma e acompanhada.

Do mesmo modo, o “Diário da Minha saúde”, que se encontra disponível no Portal do SNS e na área do Cidadão, é um instrumento de empoderamento do cidadão com vista à sua ativação, permitindo que as pessoas adicionem informações sobre a sua trajetória de vida e do aspeto mais relevante para a sua saúde, num espaço digital e confidencial (Laranjo, 2015).

O estudo de Espanha & Avila (2016) foi desenvolvido e aplicado em Portugal em 2014 e teve como objetivo contribuir para o aumento do conhecimento sobre o nível de literacia em saúde em Portugal, identificando as principais limitações, problemas e obstáculos associados na sociedade portuguesa. As autoras concluíram que o nível de literacia em Portugal é equivalente ao de outros países do Inquérito Europeu e as fontes de informação são um instrumento para melhorar a literacia em saúde.

Outro estudo desenvolvido pela Medicare referiu que os idosos apresentam níveis de literacia em saúde mais baixo em relação à utilização dos serviços de saúde (McCormack et al., 2009). De salientar que, o principal problema de um nível de literacia em saúde baixo é que este pode afetar diversos aspetos dos cuidados de saúde, principalmente no que respeita à adesão à terapêutica. A este aspeto, o estudo de Grandia (2014) destacou a relação existente entre o nível não adequado de literacia em saúde e confusões, em relação à toma de medicamentos prescritos pelo médico, bem como nos erros de medicação e na dificuldade de compreensão dos folhetos informativos

Numa era de rápido progresso médico e tecnológico e mudanças na forma como os cuidados de saúde são fornecidos, a sociedade exige altos níveis de literacia em saúde (Van der Heide et

al., 2016). As mudanças nos sistemas de saúde de muitos países apresentam requisitos cada vez mais significativos da sociedade para assumir uma maior responsabilidade pela sua saúde (Storms et al., 2017).

No entanto, existe uma lacuna crescente entre a necessidade por literacia em saúde e o real conhecimento sobre saúde de muitos indivíduos. Muitos estudos têm demonstrado que os níveis de literacia em saúde estão relacionados com a idade (Manafó & Wong, 2012). Sendo que, a literacia em saúde limitada é mais prevalente entre os adultos mais velhos (Geboers et al., 2016).

De igual modo, as características mais relacionadas com a saúde mental incluem o baixo nível de literacia geral, baixa capacidade de tomada de decisão, funcionamento cognitivo reduzido e falta de apoio social (Bennett et al., 2012). As características de saúde física mais associadas à literacia em saúde inadequada incluem a falta de envolvimento em comportamentos de promoção da saúde, como exercícios, capacidade física reduzida, autocuidado deficiente, mais condições crónicas, maior risco de mortalidade e pior saúde física geral (James et al., 2012).

Alguns estudos apoiam a relação entre a literacia em saúde inadequada e os resultados de saúde, além dos comportamentos de saúde, incluindo a tomada de decisão, conformidade com medicamentos prescritos, autogestão de condições crónicas e participação em exames de saúde (James et al., 2012).

De acordo com os resultados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal (2016) (ILS-PT) a comparação com os países participantes no *Health Literacy Survey EU 2014* (HLS-EU), Portugal apresenta menor percentagem de pessoas com nível excelente de Literacia em Saúde (8.6%) e com uma média europeia de 16.5%.

Neste sentido, as principais medidas estratégicas têm como intuito a articulação, uniformização e integração de projetos, iniciativas e atividades, tendo como base a otimização da Literacia em Saúde e da promoção da saúde (DGS, 2019). A implementação de um plano de ação de Literacia em Saúde tem como base um conjunto de políticas nacionais:

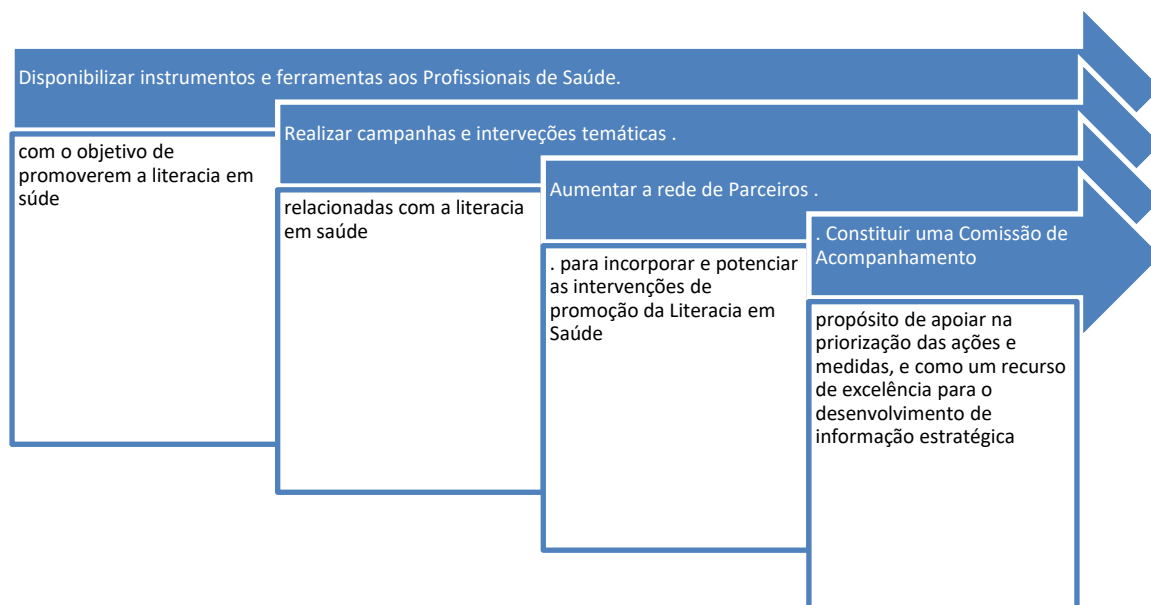


Figura 3 – Políticas nacionais do plano de ação de Literacia em Saúde

A literacia em saúde inadequada demonstrou igualmente afetar a satisfação do doente com os fornecedores de serviços e cuidados gerais, bem como a conformidade com os serviços preventivos recomendados, a utilização dos serviços de saúde, incluindo os internamentos e despesas médicas entre adultos mais velhos (Jensen et al., 2010).

O estudo de Paiva et al. (2017) teve como objetivo estimar a prevalência de literacia em saúde inadequada e os fatores sociodemográficos associados em Portugal, através da utilização de uma ferramenta de avaliação da literacia em saúde já existente, o Newest Vital Sign. De uma forma geral, a prevalência de literacia em saúde inadequada representou cerca de 72.9% (IC 95%: 59.7-76.4) do mesmo modo, o estudo determinou que não existem diferenças entre o género, mas sim com a idade e menor escolaridade.

1.6 Principais intervenções para melhorar a literacia em saúde na população

As principais estratégias para melhorar a literacia em saúde são importantes ferramentas de empoderamento que têm o potencial de reduzir as desigualdades em saúde. Este aspeto ocorre porque as pessoas em maior risco de literacia limitada em saúde apresentam piores níveis de saúde.

A literacia em saúde desempenha igualmente um papel maior em influenciar os resultados de saúde entre as pessoas com níveis de escolaridade mais baixos do que os possuem o ensino

superior. Os esforços para melhorar a literacia em saúde demonstraram ter impacto nalguns aspetos da saúde incluindo a associação com a redução da gravidade da doença e da depressão (Baker et al., 2011).

Alguns estudos adicionais determinaram que seria importante determinar a educação em saúde de grupos desfavorecidos ou vulneráveis e serviços de saúde e assistência social que podem afetar positivamente os resultados de saúde ao longo do tempo. Bem como, a relação custo-eficácia das iniciativas de educação em saúde (Lowe et al., 2013).

A literacia em saúde requer conhecimento de muitas áreas temáticas, incluindo o corpo, comportamentos saudáveis e o funcionamento do sistema de saúde. A literacia é influenciada pela língua que se fala, pelas habilidades de comunicação, idade, status socioeconómico, formação cultural, experiências passadas, capacidade cognitiva e saúde mental. Cada um destes fatores afeta a forma como comunicamos, compreendemos e respondemos às informações de saúde (Peerson & Saunders, 2009; Sorensen et al., 2012)

Ora, as informações de saúde proveem de muitas fontes e são fornecidas através de vários canais, por exemplo, as discussões com amigos e familiares, televisão, radio, e jornais, escolas, sites e mídias sociais. Muitas destas fontes apresentam informações distintas e conflitantes, tendenciosas e incompletas (Sorensen et al., 2012)

Vários temas emergiram das reuniões públicas, incluindo a necessidade de interdisciplinaridade e das parcerias comunitárias para melhorar a educação em saúde. Os temas identificados no primeiro encontro em Nova Iorque, surgiu com vários níveis de ênfase para melhorar a educação em saúde:



Figura 4 – elementos para melhorar a educação em saúde

De acordo com Khangura et al. (2012) a qualidade de comunicação médico-paciente pode afetar os resultados de saúde, incluindo a qualidade de vida dos pacientes. Embora, poucos profissionais de saúde recebem muita formação em comunicação, especialmente no trabalho com pessoas com literacia limitada (Geboers et al., 2016).

Atualmente, o teste de capacidades clínicas não aborda como a literacia em saúde limitada afeta as interações com os pacientes, isto porque a literacia em saúde é um conceito clínico relativamente novo, a maior parte dos profissionais de saúde já em prática não tiveram formação para melhorar as capacidades de comunicação (Jordan et al., 2011; Haun et al., 2014).

Em resposta aos estudos que indicaram altas taxas de baixa literacia em saúde nas populações, governos e agências nacionais em países como os EUA, a China, e a Austrália, bem como algumas nações europeias desenvolveram estratégias e metas nacionais para melhorar a educação em saúde nas suas populações (Heijmans et al., 2015; Departamento de Saúde dos EUA, 2010; Comissão de Segurança e Qualidade em Saúde da Austrália, 2014; Ministério da Saúde da China, 2008).

O estudo de Don Nutbeam et al. (2017) teve como objetivo identificar o progresso no desenvolvimento de evidências para apoiar as políticas de intervenções para melhorar a educação em saúde entre as populações da comunidade. De acordo com os autores, a influência distinta do conceito de literacia em saúde na finalidade e nas metodologias de educação e comunicação em saúde não se refletem em muitas intervenções atuais. E, as evidências para apoiar a implementação de políticas e programas nacionais, bem como as ferramentas de intervenção exigidas pelos profissionais não surgem tão rapidamente quanto necessário.

1.7 Literacia de cuidados de saúde e género

As diferenças de género nos resultados de saúde existem em diversos países e as disparidades marcantes na expectativa de vida e no uso de serviços chamou a atenção dos investigadores (Baker, 2016). Diversos fatores influenciam a sobrevivência dos homens, incluindo os comportamentos associados às normas masculinas de assumir riscos e paradigmas de comportamentos de aventura e saúde relacionados com a masculinidade (Lim et al., 2012; Hawkes e Buse, 2013).

De acordo com Lim et al. (2012) os homens têm maior tendência para participar em comportamentos de risco, menos probabilidade de consultar um médico quando estão doentes e, quando vão ao médico têm menor probabilidade de revelar os sintomas da doença ou enfermidade. Em associação com as diferenças na prevalência da doença, existem igualmente

diferenças de género na utilização de serviços de saúde preventiva e adoção de mensagens de promoção da saúde (Robertson et al., 2008, 2014; Yousaf et al., 2015), bem como nas perceções da saúde e do corpo em geral.

Importa referir que a literacia funcional e interativa em saúde são dois domínios do conceito mais amplo da literacia em saúde (Wills et al., 2019). A literacia funcional em saúde representa as capacidades básicas suficientes para que os indivíduos obtenham e apliquem as informações de saúde relevantes e a sua associação com os resultados de saúde.

De acordo com Wills et al. (2019) a literacia em saúde varia entre contextos, culturas e configurações, e os estudos têm-se concentrado nas implicações para determinados grupos populacionais, especificamente por idade, etnia e tipo de doença. No entanto, pouca atenção tem sido dada ao género.

Estudos de conhecimento dos homens e a consciência de saúde sugerem que a literacia masculina em saúde é diretamente relacionada com a procura de ajuda e adoção de comportamentos de proteção (Peerson e Saunders, 2011).

De igual modo, a literacia em saúde tem sido cada vez mais utilizada como uma explicação porque algumas pessoas correm o risco de ter dificuldades em navegar nas rotinas de saúde e tratamento (Richards et al., 2014). Da mesma forma, de acordo com Goodman et al. (2012) a capacidade de obtenção, processamento e compreensão das informações de serviços que são indispensáveis para a tomada de decisões sobre a saúde, relacionam-se com a idade, escolaridade e rendimentos mais baixos.

Intervir para melhorar a saúde dos doentes com baixo nível de literacia em saúde exige que sejam entendidos os seus fatores de influência e as características individuais face às necessidades do sistema de saúde e de um ambiente de informação complexo (Richards et al., 2014; Wister et al., 2010).

De acordo com Sean et al. (2017) um dos fatores chave que pode influenciar a literacia em saúde é a função cognitiva, que diminui com a idade. Os estudos mais recentes identificaram que a literacia em saúde está associada a indicadores de função cognitiva ao longo da vida. Sendo que, os estudos sugerem que os fornecedores de serviços de saúde devem considerar o potencial de carga cognitiva ao efetuar recomendações sobre o potencial de autogestão do doente em populações mais velhas (Kobayashi et al., 2015).

2 – Estudo metodológico

2.1 Opções metodológicas

De acordo com as palavras de Fortin (2003, p. 372) a metodologia de investigação relaciona-se com os métodos e técnicas que orientam o processo de investigação científica e, por esta razão representa um plano que tem como intuito a obtenção de respostas válidas às questões de investigação que geralmente podem ser colocadas como hipóteses. E, estão relacionadas com o tipo de estudo a realizar, com os métodos e as técnicas a utilizar (Fidel, 1992).

Este ponto apresenta as questões de investigação, os objetivos e hipóteses de investigação, o tipo de estudo a apresentar, bem como as técnicas e instrumentos de análise e recolha de dados.

A metodologia escolhida para o presente trabalho é de natureza quantitativa.

Além disso, esta abordagem abre espaço para o uso de grupos de controlo e de estudo. Usando grupos de controlo, o investigador pode decidir dividir os participantes em grupos, dando-lhes o mesmo nome, ou usar diferentes métodos, tendo em conta os fatores que está a estudar. No final do estudo, os grupos podem ser reunidos e o pesquisador pode então testar qualquer tipo de hipótese que se propôs (Johnson e Christensen, 2012, p34). No presente estudo, não houve uso de grupos de controlo.

2.2 Perguntas de Investigação

De acordo com Fortin (2003, p.51) as questões de investigação representam um exposto interrogativo claro e que tem como base conceitos-chave, sugerindo uma investigação empírica.

Colocou-se como questão de investigação: qual a avaliação do nível de literacia em saúde entre duas regiões NUTS II de Portugal, RA dos Açores e Região de Lisboa?

2.3 Objetivos de Investigação

Colocou-se como objetivo da investigação: fazer o diagnóstico do nível de literacia em saúde da população portuguesa em duas NUTS, relacionadas com a prevenção de comportamentos de saúde.

2.4 Design do estudo

O design de estudo do presente trabalho é de natureza exploratória e, tem como intuito compreender a situação em estudo, e da conclusão da pesquisa. neste sentido, de acordo com o tema da literacia em saúde da população portuguesa em duas NUTS deve ser clarificada e determinada com base nos comportamentos de saúde.

2.5 Método e Tipo de Estudo

De acordo com Bento (2012) as metodologias, seja qualitativa ou quantitativa, são consideradas como técnicas complementares. E, no que respeita ao estudo que se realiza optou-se por um estudo de caso, o de duas NUTS, Região de Lisboa e Região Autónoma dos Açores, com base no estudo e análise das perceções da literacia de saúde.

2.6 Participantes

Os participantes foram recrutados através de um questionário divulgado na Plataforma Google Forms durante o ano de 2020. Foram garantidos o fornecimento dos objetivos de pesquisa, o anonimato dos participantes, as instruções de preenchimento e o consentimento informado. Esta investigação tinha como grupo alvo pessoas adultas com capacidade de aceder à Plataforma Google Forms.

2.7 Instrumentos de Recolha de Dados

2.7.1 Inquérito por Questionário

O instrumento de recolha de dados do presente trabalho é o questionário semiestruturado constituído de um conjunto de questões relacionadas com a literacia em saúde.

O *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-PT) (Saboga-Nunes, 2014) é o questionário aplicado para o nosso estudo, inicialmente aplicado em todo o território nacional através de um conjunto de investigadores de uma rede académica e, representa uma ferramenta adequada para determinar o nível de literacia em saúde da população portuguesa e demonstra as propriedades psicométricas em comparação com as versões utilizadas noutros países.

Assim, através das pontuações de 47 itens que medem a literacia em saúde, contruiu-se um índice geral abrangente. Para tornar mais simples as comparações entre as pontuações no índice geral de literacia em saúde e os seus diversos sub-índices, todas as pontuações foram transformadas numa métrica unificada com um mínimo de zero e um máximo de 50, onde 0 representa o "mínimo possível" e 50 representa a "melhor pontuação possível" da literacia em saúde.

2.8 Tratamento dos dados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. Nesta, utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o teste t de Student para amostras independentes, a Anova One-Way, o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov e a homogeneidade de variâncias com o teste de Levene.

A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 26.0 para Windows.

2.9 Resultados

A amostra do estudo é composta por 172 inquiridos. A média de idades era de 46 anos, variando entre um mínimo de 17 anos e um máximo de 81. A maioria era do género feminino (60.5%), do escalão etário 35-44 anos (35.5%), licenciada (43%), casada (55.2%), empregada (77.3%) e residentes na Região Autónoma dos Açores.

Figura 5 - Caracterização sociodemográfica (N = 172)

	N	%
Género		
Feminino	104	60,5
Masculino	68	39,5
Idade (M; DP)	46,0	14,2
≤ 25 anos	6	3,5
25-34	30	17,4
35-44	61	35,5
45-54	23	13,4
55-64	26	15,1
65-74	24	14,0
≥ 75	2	1,2
Habilitações académicas		
9º ano	15	8,7
Ensino Secundário	30	17,4
Licenciatura	74	43,0
Mestrado	45	26,2

Doutoramento	8	4,7
Estado civil		
Casado/ União de facto	95	55,2
Divorciado	25	14,5
Solteiro	46	26,7
Viúvo	6	3,5
Situação profissional		
Desempregado/Inativo	22	12,8
Empregado ativo	133	77,3
Reformado	17	9,9
Residência		
Área Metropolitana de Lisboa	78	45,3
Centro	7	4,1
Região Autónoma dos Açores	87	50,6

Cerca de um terço dos inquiridos tem formação ou já trabalhou em alguma profissão na área da saúde (enfermagem, medicina, farmácia, nutrição).

Tabela 1 - Formação

	N	%
Não	113	65,7
Sim	59	34,3
Total	172	100,0

A maioria tem o sistema de saúde SNS (33.1%) ou um *mix* de sistema público e privado (29.7%)

Tabela 2 - Sistema/seguro de saúde

	N	%
Não sabe/ Não responde	1	,6
Nenhum	2	1,2
Privado	31	18,0
Público e privado	51	29,7
Serviço Nacional de Saúde (SNS)	57	33,1
Subsistema (ADSE, ADM, SAD-PSP, SAD-GNR entre outros)	30	17,4
Total	172	100,0

Uma percentagem de 18% dos inquiridos indica que teve prescrição dietética ou de suplementos nos últimos 6 meses.

Tabela 3 - Prescrição

	N	%
Não	141	82,0
Sim	31	18,0
Total	172	100,0

A maioria não referiu patologias associadas (50.9%). As patologias mais referidas eram HAT (16.3%) e Doença cardiovascular (6.4%).

Tabela 4 - Patologias

	N	%
Dislipidemia	3	1,7
Doença Cardiovascular	11	6,4
Gastrointestinal	7	4,0
Hipertensão Arterial	28	16,3
Neurológica	3	1,7
Osteoarticular	10	5,8
Renal	1	0,6
Respiratória	14	8,1

Mais de metade da amostra apresentava um IMC normal (51.7%) e 39% tinha pré-obesidade.

Tabela 5 - IMC

	N	%
Baixo Peso	4	2,3
Normal	89	51,7
Obesidade Classe I	9	5,2
Obesidade Classe II	3	1,7
Pré-obesidade	67	39,0
Total	172	100,0

Na tabela seguinte podemos observar as respostas ao European Health Literacy Survey. Em cinza claro evidenciamos as respostas mais frequentes. Assim, a afirmação considerada como mais fácil foi “encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto” (41.3%), enquanto a considerada como

mais difícil foi “participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade” (14%).

Tabela 6 - European Health Literacy Survey

	1	2	3	4	5
usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	2,9	4,7	14,5	49,4	28,5
seguir/cumprir instruções sobre medicação?	3,5	4,7	19,8	52,3	19,8
chamar uma ambulância numa emergência?	0,6	4,7	16,3	55,8	22,7
seguir/cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	0,6	5,2	19,2	47,7	27,3
encontrar informações para lidar com comportamentos que afetam a sua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente ...	0,6	3,5	22,1	45,9	27,9
encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão?	1,8	8,8	22,2	42,1	25,1
encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)	1,2	4,7	18,6	58,1	17,4
encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto?	0,6	4,1	15,1	39,0	41,3
compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	0,6	5,2	19,2	49,4	25,6
compreender porque precisa de vacinas?	2,9	8,1	25,6	48,8	14,5
compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)	3,5	7,0	34,9	43,0	11,6
avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, em aspetos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	1,7	9,3	36,0	40,7	12,2
avaliar quando precisa de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?	1,7	4,7	23,3	54,1	16,3
avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?	0,6	2,9	9,4	51,5	35,7
avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)	5,2	4,7	8,7	45,3	36,0
avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)	0,6	2,9	7,6	53,2	35,7
decidir se deve fazer a vacina contra a gripe?	1,7	5,2	11,6	54,7	26,7
decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	7,6	6,4	22,7	46,5	16,9
decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. Jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação)	4,7	7,6	25,1	44,4	18,1
encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?	2,3	5,3	13,5	58,5	20,5
saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc.)	1,2	4,1	9,9	54,1	30,8
encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer)	1,7	4,7	11,0	42,4	40,1
saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc.)	0,6	4,1	11,1	45,0	39,2
saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha?	1,2	4,7	12,8	51,2	30,2

compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos?	1,2	5,3	26,3	49,1	18,1
compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?	2,3	7,0	29,7	43,0	18,0
compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável? (por ex. Internet, jornais, revistas)	1,7	6,4	26,2	44,8	20,9
compreender a informação que visa manter a sua mente saudável?	1,2	9,3	38,4	38,4	12,8
avaliar até que ponto a zona onde vive, afeta a sua saúde e bem-estar? (por ex. a sua comunidade, seu bairro)	4,1	4,7	23,3	46,5	21,5
avaliar o modo como as condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável?	4,7	6,4	27,3	49,4	12,2
avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc.)	2,3	8,1	31,4	47,1	11,0
tomar decisões para melhorar a sua saúde?	0,6	3,5	12,2	56,4	27,3
integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?	1,7	4,1	12,8	54,7	26,7
influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc.)	7,0	11,6	32,6	38,4	10,5
participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?	6,4	14,0	33,1	37,2	9,3
usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	6,4	7,0	33,7	44,2	8,7
seguir/cumprir instruções sobre medicação?	2,9	4,1	23,3	51,7	18,0
chamar uma ambulância numa emergência?	1,2	7,6	29,7	45,9	15,7
seguir/cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1,7	5,8	25,0	52,3	15,1
encontrar informações para lidar com comportamentos que afetam a sua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	1,7	4,7	22,7	52,9	18,0
encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão?	4,1	9,3	23,3	44,8	18,6
encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)	2,3	4,7	19,8	50,6	22,7
encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto?	1,2	3,5	16,3	52,9	26,2
compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	1,2	6,4	22,7	51,2	18,6
compreender porque precisa de vacinas?	2,9	6,4	23,8	44,8	22,1
compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)	1,2	5,2	24,4	50,0	19,2
avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, em aspectos tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	3,5	8,1	29,7	42,4	16,3

Legenda: 1 - Não sabe 2 - Muito difícil 3 – Difícil 4 – Fácil 5 - Muito fácil

A consistência interna da escala, avaliada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach foi .979 (excelente). A categorização dos valores de Alfa segue o publicado em Hill (2009).

Tabela 7 – Consistência interna

	Alfa Cronbach	de Nº de itens
Literacia em cuidados de saúde	.949	16
Literacia prevenção da doença	.947	15
Literacia promoção da saúde	.946	16
Literacia total em saúde	.979	47

As estatísticas descritivas da literacia em saúde podem ser apreciadas na tabela 9. Os valores obtidos foram transformados numa escala de 0 a 50. Assim, a média total da literacia em saúde foi de 35 pontos.

De modo a garantir o cálculo correto dos índices e assegurar a comparação entre eles, os 4 índices calculados foram uniformizados numa escala métrica variável entre 0-50, na qual o 0 é o mínimo possível de literacia em saúde e o 50 o máximo possível de literacia em saúde. Para os 4 níveis foram identificados os seguintes pontos de corte: scores iguais ou inferiores a 25 pontos = literacia em saúde inadequada; scores entre 25-33 pontos = literacia em saúde problemática; scores entre 33-42 = literacia em saúde suficiente; e scores entre 42-50 = literacia em saúde excelente. Isto foi feito tal como feito em Ana Rita Pedro, Odete Amaral e Ana Escoval (2016).

Tabela 8 - Estatísticas descritivas

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Literacia em cuidados de saúde	0,00	50,00	36,21	8,26
Literacia prevenção da doença	10,00	50,00	34,99	8,60
Literacia promoção da saúde	5,50	50,00	34,06	8,45
Literacia total em saúde	7,50	50,00	35,02	8,04

Depois de categorizados os valores, constatamos que 16.3% têm uma literacia em saúde considerada como excelente e 10.2% uma literacia considerada como desadequada.

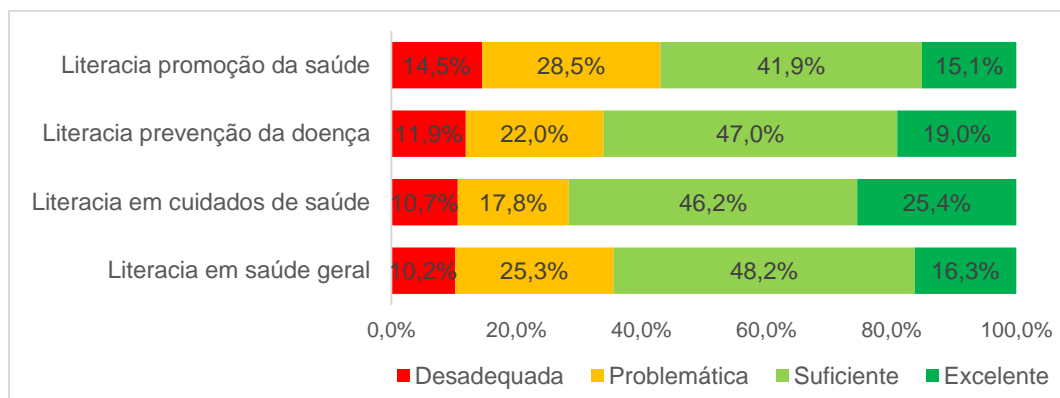


Figura 6 - Literacia em saúde

Literacia em saúde e género

Quando comparamos os valores da literacia em saúde em função do género encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

V Tabela 9 - Literacia em saúde e género

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
Literacia em cuidados de saúde	36,80	8,38	35,31	8,04	.057
Literacia prevenção da doença	36,62	8,31	32,60	8,53	.001***
Literacia promoção da saúde	35,35	8,36	32,10	8,28	.002**
Literacia total em saúde	36,14	8,07	33,34	7,77	.002*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Literacia prevenção da doença, $MU = 2343.0$, $p = .001$, as mulheres apresentam uma literacia em prevenção da doença significativamente mais elevadas do que os homens.

Literacia promoção da saúde, $MU = 2536.0$, $p = .002$, as mulheres apresentam uma literacia em promoção da saúde significativamente mais elevadas do que os homens.

Literacia total em saúde, MU = 2370.0, $p = .002$, as mulheres apresentam uma literacia em saúde significativamente mais elevadas do que os homens.

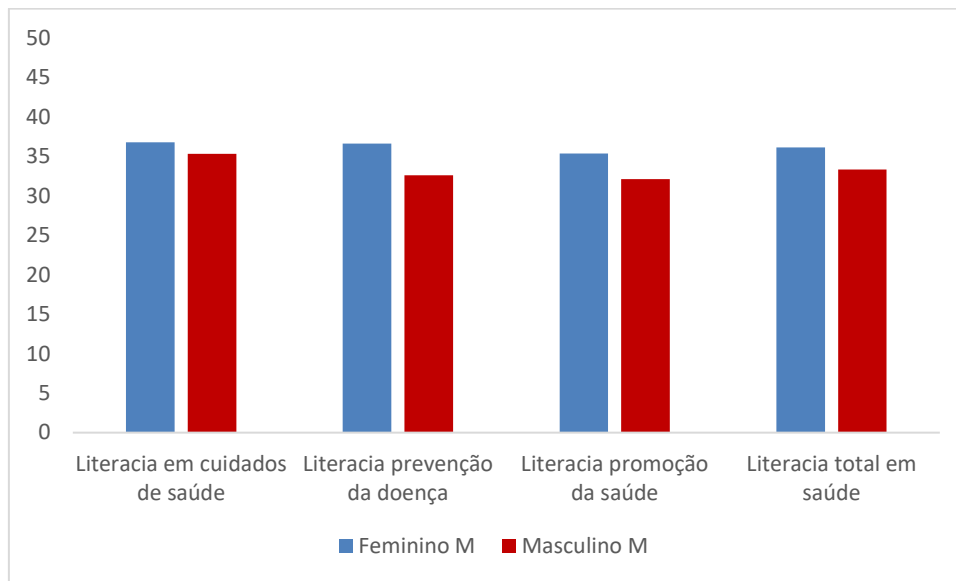


Figura 7 - Literacia em saúde e género

Literacia em saúde e idade

Quando comparamos os valores da literacia em saúde em função do género encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 10 - Literacia em saúde e idade

	Até 34		35-44		45-54		> 54 anos		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Lit. cuidados de saúde	35,89 a	8,64	38,56	5,93	36,90	6,43	33,50 b	10,11	,030*
Lit. prevenção da doença	35,77	8,06	36,94	6,59	35,63	6,67	32,01	10,83	,165
Lit. promoção da saúde	34,99 a	7,80	36,32	6,38	34,19	6,30	30,72 b	10,71	,016*
Lit. total em saúde	35,41	7,77	37,22	5,74	35,70	6,05	32,08	10,18	,078

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ ab – os grupos com letras diferentes têm valores significativamente diferentes

Literacia cuidados de saúde, $\chi^2_{KW}(3) = 8.919$, $p = .030$, os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos do escalão etário 35-44 anos apresentam uma literacia em cuidados de saúde significativamente mais elevadas do que os do escalão etário superior a 54 anos.

Literacia em promoção da saúde, $F(3, 168) = 3.685$, $p = .016$, os testes de comparação a posteriori indicam que os sujeitos do escalão etário 35-44 anos apresentam uma literacia em promoção da saúde significativamente mais elevadas do que os do escalão etário superior a 54 anos.

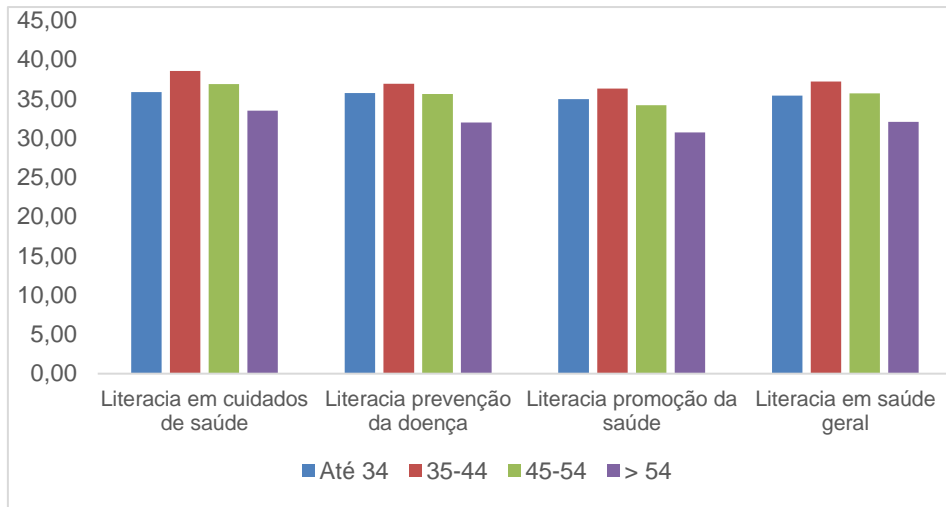


Figura 8 - Literacia em saúde e idade

Literacia em saúde e escolaridade

Quando comparamos os valores da literacia em saúde em função dos níveis de escolaridade encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 11 - Literacia em saúde e escolaridade

	9º ano		Secundário		Superior		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Lit. cuidados de saúde	26,89	8,71	31,76	8,38	38,43	6,90	,001***
Lit. prevenção da doença	26,63	6,44	30,35	8,09	37,14	7,91	,001***
Lit. promoção da saúde	26,37	5,13	29,49	7,99	36,06	7,96	,001***
Lit. total em saúde	26,63	6,53	30,53	7,73	37,18	7,15	,001***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Literacia cuidados de saúde, $\chi^2_{KW}(2) = 37.603$, $p = .001$, os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos com o ensino superior apresentam uma literacia em cuidados de saúde significativamente mais elevadas do que os com o 9º ano ou com o 12º ano

Literacia prevenção da doença, $\chi^2_{KW} (2) = 34.798$, $p = .001$, os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos com o ensino superior apresentam uma literacia em prevenção da doença significativamente mais elevadas do que os com o 9º ano ou com o 12º ano

Literacia promoção da saúde, $\chi^2_{KW} (2) = 36.168$, $p = .001$, os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos com o ensino superior apresentam uma literacia em promoção da saúde significativamente mais elevadas do que os com o 9º ano ou com o 12º ano

Literacia total em saúde, $\chi^2_{KW} (2) = 39.584$, $p = .001$, os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos com o ensino superior apresentam uma literacia total em saúde significativamente mais elevadas do que os com o 9º ano ou com o 12º ano

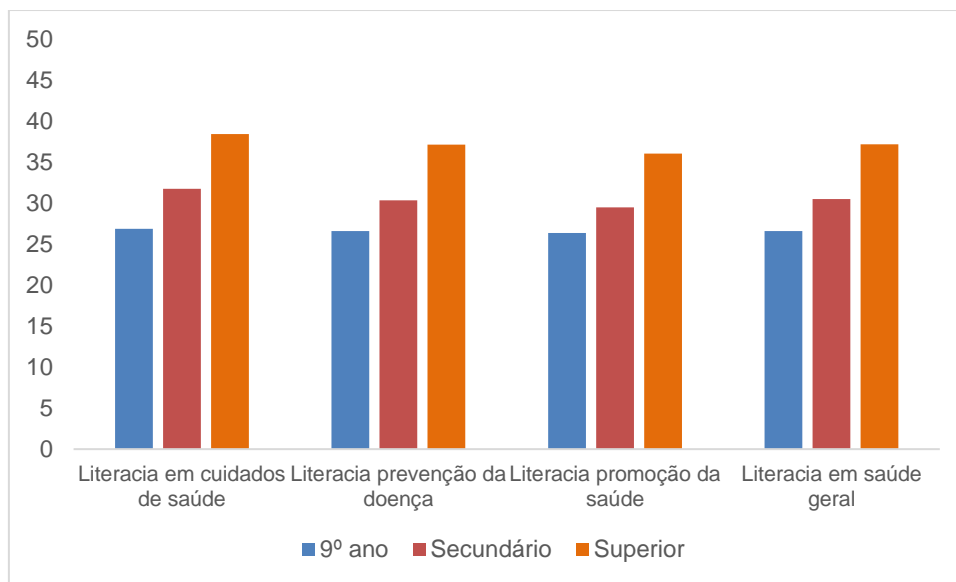


Figura 9 - Literacia em saúde e escolaridade

Literacia em saúde e NUTS

Quando comparamos os valores da literacia em saúde das NUTS encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 12 - Literacia em saúde e género

	Lisboa		Açores		Sig.
	M	DP	M	DP	
Literacia em cuidados de saúde	39,51	5,19	33,66	8,89	,001***
Literacia prevenção da doença	38,02	6,15	32,58	9,41	,001***

Literacia promoção da saúde	35,90	7,20	32,63	9,09	,003**
Literacia total em saúde	37,78	5,48	32,89	8,93	,001***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Literacia em cuidados de saúde, $t(160) = 5.527$, $p = .001$, os valores de literacia em cuidados de saúde são significativamente mais elevados na região de Lisboa.

Literacia prevenção da doença, $MU = 1983.5$, $p = .001$, os valores de literacia em prevenção da doença são significativamente mais elevados na região de Lisboa.

Literacia promoção da saúde, $MU = 2497.5$, $p = .003$, os valores de literacia em promoção da saúde são significativamente mais elevados na região de Lisboa.

Literacia total em saúde, $MU = 1999.0$, $p = .001$, os valores de literacia total em saúde são significativamente mais elevados na região de Lisboa.

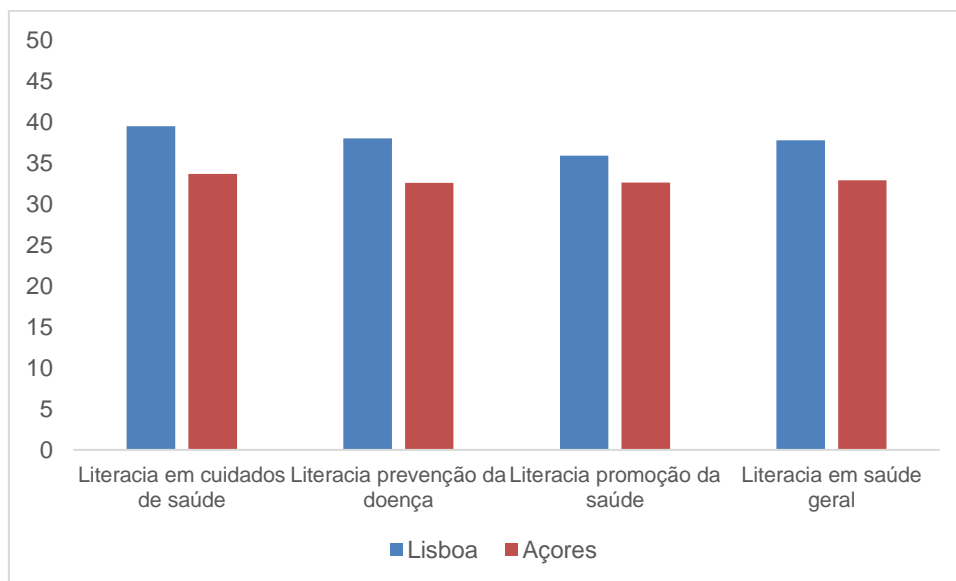


Figura 10 - Literacia em saúde e NUTS

Discussão de resultados

Cerca de um terço dos inquiridos tem formação ou já trabalhou em alguma profissão na área da saúde (enfermagem, medicina, farmácia, nutrição).

A maioria tem o sistema de saúde SNS (33.1%) ou um *mix* de sistema público e privado (29.7%)

Uma percentagem de 18% dos inquiridos indica que teve prescrição dietética ou de suplementos nos últimos 6 meses.

A maioria não referiu patologias associadas (50.9%). As patologias mais referidas eram HAT (16.3%) e Doença cardiovascular (6.4%).

Mais de metade da amostra apresentava um IMC normal (51.7%) e 39% tinha pré-obesidade.

Observou-se as respostas ao European Health Literacy Survey. Em cinza claro evidenciamos as respostas mais frequentes. Assim, a afirmação considerada como mais fácil foi “encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto” (41.3%), enquanto a considerada como mais difícil foi “participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade” (14%).

A este aspeto, refere-se que no estudo de Lanpher et al. (2016) as intervenções comportamentais de perda de peso que se baseiam em evidências podem ser constituídas de vários componentes como a comunicação com especialistas, auto monitorização de ingestão de alimentos e atividade física, materiais de saúde escritos com instruções como mudar de comportamento e relatórios de progressos podem ser importantes como literacia em saúde. Assim, embora estas intervenções tenham-se demonstrado eficazes na produção de perda de peso, podem conter expectativas inerentes às habilidades de educação e literacia em saúde (Eckel et al., 2013).

Neste contexto, o nosso estudo determinou que era mais fácil encontrar as informações sobre a prevenção ou controlo das diversas condições de saúde, e mais difícil a participação em atividades para melhorar e modificar os comportamentos de saúde. A este aspeto, o estudo de Darlow et al. (2012) demonstrou que a literacia em saúde limitada está associada à perceção equivocada do status de peso, dieta de qualidade inferior, falha na compreensão das

consequências adversas para a saúde e excesso de peso, e reconhecer a necessidade de perder peso.

A consistência interna da escala, avaliada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach foi .979 (excelente). A categorização dos valores de Alfa segue o publicado em Hill (2009). A consistência interna é uma propriedade psicométrica dos instrumentos de investigação e que tem a ver com a fiabilidade da medida dos construtos teóricos: no nosso caso da literacia em saúde. O Alfa de Cronbach é o coeficiente mais utilizado para medir a consistência interna e foi também o utilizado por Ana Rita Pedro, Odete Amaral e Ana Escoval (2016), no estudo de adaptação da escala para a população portuguesa. No estudo, 61% dos da população inquirida apresenta um nível inadequado de literacia em saúde, superior à média europeia dos restantes 9 países (Pedro et al., 2016). O autor conclui que “o HLS-EU-PT apresenta-se como um instrumento adequado para aferir o nível de literacia em saúde da população portuguesa e evidencia propriedades psicométricas comparáveis às versões utilizadas nos outros países”. O autor ainda sugere “Considerando o nível de literacia em saúde um determinante de saúde, e porque a sua promoção não ocorre isolada do contexto, faz sentido a realização de estudos com o intuito de associar outros indicadores, como sejam o grupo etário, a escolaridade e a situação face ao emprego.” O presente estudo inclui precisamente os indicadores referidos, e comparando duas regiões NUTS permite contribuir para um maior conhecimento da literacia em saúde em Portugal. Os valores obtidos foram transformados numa escala de 0 a 50. Assim, a média total da literacia em saúde foi de 35 pontos. Depois de categorizados os valores, constatamos que 16.3% têm uma literacia em saúde considerada como excelente e 10.2% uma literacia considerada como desadequada.

	Género		Faixa etária		NUTS		Escolaridade	
	F	M	< 53	> 54	Lisboa	RA Açores	<12º	>12º
Literacia em cuidados de saúde	↑ 36,80	↓ 35,31	↑ 38,56	↓ 33,5	↑ 39,5	↓ 33,66	↓ 31,76	↑ 38,4
Literacia prevenção da doença	↑ 36,62	↓ 32,60	↑ 36,94	↓ 32	↑ 38	↓ 32,58	↓ 30,35	↑ 37,1
Literacia promoção da saúde	↑ 35,35	↓ 32,10	↑ 36,32	↓ 30,7	↑ 35,9	↓ 32,63	↓ 29,49	↑ 36,1
Literacia total em saúde	↑ 36,14	↓ 33,34	↑ 37,22	↓ 32,1	↑ 37,8	↓ 32,89	↓ 30,53	↑ 37,2

Conforme se verifica, as mulheres apresentam uma literacia em prevenção da doença significativamente mais elevadas do que os homens. Os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos do escalão etário 35-44 anos apresentam uma literacia em cuidados de saúde e promoção da saúde significativamente mais elevadas do que os do escalão etário superior a 54 anos.

Em relação à relação entre a literacia em saúde e a idade, a revisão sistemática de literatura de Berckman et al. (2011) abordou de uma forma abrangente uma ampla população de jovens e idosos, os autores identificaram que dentro destas amostras os adultos mais velhos com baixo nível de literacia em saúde demonstraram saúde pior também.

Literacia cuidados de saúde, χ^2 KW (2) = 37.603, p = .001, os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos com o ensino superior apresentam uma literacia em cuidados de saúde significativamente mais elevadas do que os com o 9º ano ou com o 12º ano

Literacia prevenção da doença, χ^2 KW (2) = 34.798, p = .001, os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos com o ensino superior apresentam uma literacia em prevenção da doença significativamente mais elevadas do que os com o 9º ano ou com o 12º ano

Literacia promoção da saúde, χ^2 KW (2) = 36.168, p = .001, os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos com o ensino superior apresentam uma literacia em prevenção da saúde significativamente mais elevadas do que os com o 9º ano ou com o 12º ano

Literacia total em saúde, χ^2 KW (2) = 39.584, p = .001, os testes de comparação emparelhada indicam que os sujeitos com o ensino superior apresentam uma literacia total em saúde significativamente mais elevadas do que os com o 9º ano ou com o 12º ano

Literacia em cuidados de saúde, t (160) = 5.527, p = .001, os valores de literacia em cuidados de saúde são significativamente mais elevados na região de Lisboa.

Literacia prevenção da doença, MU = 1983.5, p = .001, os valores de literacia em prevenção da doença são significativamente mais elevados na região de Lisboa.

Literacia promoção da saúde, MU = 2497.5, p = .003, os valores de literacia em promoção da saúde são significativamente mais elevados na região de Lisboa.

Literacia total em saúde, MU = 1999.0, p = .001, os valores de literacia total em saúde são significativamente mais elevados na região de Lisboa.

A Região Autónoma dos Açores Uma revisão sistemática encontrou que, com base em comparações gerais, a maioria dos estudos identificou diferenças na literacia em saúde entre as populações rurais e urbanas (Aljassim, 2020). Assim os valores encontrados neste estudo que compara uma região predominantemente rural (Açores) e outra região urbana (Lisboa) estão em linha com os obtidos da revisão sistemática realizada por Aljassim e Ostini.

Como limitação deste estudo, identifica-se a da diversidade da amostra, i.e, diversidade muito focada pelo esfera social que repercutiu grau académico superior da mesma. Também a técnica de amostragem (técnica não aleatória), reduz o potencial de representatividade da amostra. A técnica de recolha de dados por questionário online, excluindo população sem acesso à internet, foi outra limitação deste estudo. Propõe-se replicar o estudo com outras amostras, a fim de verificar possibilidade de generalização das conclusões, replicar o estudo em outras e/ou mais regiões NUTS II, utilizar outras técnicas de recolha de dados, com contacto pessoal e complementar os dados quantitativos com técnicas de recolha de dados qualitativa como por ex: focus group.

Conclusão

Alguns estudos internacionais têm demonstrado que a literacia em saúde limitada afeta grande parte da população. De acordo com o *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), quase todos os cidadãos da UE têm conhecimento limitado sobre a saúde e, portanto, apresentam dificuldade de aceder, compreender e utilizar as informações de saúde.

Por outro lado, existem evidências de que a literacia em saúde diminui com o aumento da idade, sendo que o seu declínio em grupos de idade mais avançada está associado à diminuição da funcionalidade cognitiva e potenciais prejuízos de saúde.

No entanto, a literacia em saúde e o conhecimento sobre os fatores associados são relevantes em todas as fases do curso de vida, com a finalidade de manter a saúde e envolver-se nas decisões de saúde e cuidados. A perceção da literacia em saúde não foi abordada suficientemente entre as várias faixas etárias e os dados sobre os fatores associados à literacia limitada em saúde estratificada em diferentes grupos de idade são escassos, especialmente nos adultos de meia-idade.

O presente estudo teve como objetivo determinar os níveis de literacia em duas NUTS – Região Autónoma dos Açores e Região de Lisboa, no que respeita à prevenção da doença e promoção da saúde. Para tal utilizou-se uma amostra de 172 inquiridos. A média de idades era de 46 anos, variando entre um mínimo de 17 anos e um máximo de 81. A maioria era do género feminino (60.5%), do escalão etário 35-44 anos (35.5%), licenciada (43%), casada (55.2%), empregada (77.3%) e residente nas Região Autónoma dos Açores.

Os resultados do estudo identificaram que a maior parte dos participantes tem maior nível de literacia em relação aos comportamentos de prevenção da doença, e menos em relação à promoção da saúde. E, nos valores de literacia em cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde são mais elevados na região de Lisboa, comparativamente à região Autónoma dos Açores, o que vem a corroborar a maior literacia em saúde em regiões urbanas como é o caso da região de Lisboa e menor literacia em saúde na região rural que é a região autónoma dos Açores. Nesta era peri-pandémica, é crucial que o profissional de saúde promova e que lhe seja inculcida a importância de comunicação em saúde, de modo a cultivar a cultura de profilaxia por parte do próprio indivíduo na sua saúde, e na comunidade em que está inserido. De uma forma de baixo custo, poderá avaliar-se a descentralização das task-force para a promoção da saúde e profissionais de saúde com acesso privilegiado de proximidade na comunidade tal como o Farmacêutico de oficina, poderem exercer acções de formação e sensibilização coordenadas com as autoridades locais.

Bibliografia

Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med* [Internet]. 2005;118(4):371–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934305000112>

Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beilby JJ. Health literacy -a new concept for general practice? *Aust Fam Physician*. 2009 Mar;38(3):144-7. PMID: 19283256.

Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020 Oct;103(10):2142-2154. doi: 10.1016/j.pec.2020.06.007. Epub 2020 Jun 20. PMID: 32601042.

Ávila P, Espanha R. ILS-PT: Inquérito à Literacia em Saúde Portugal. [Internet]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. CIES. IUL; 2015. [cited 2018 May 15]. Available from: https://www.academia.edu/21502281/ILS_PT_Inquérito_à_Literacia_em_Saúde_Portugal.

Ayşe Çaylan, Kamil Yayla, Serdar Öztora, Hamdi Neziha Dağdeviren. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research* 2017; 28 (15): 6803-6807

Salem OA, et al. Evaluation of Health Literacy among Females in Outpatient Clinics. *Ann Med Health Sci Res*. 2018; 8: 100-104

Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Saha S, Snyder A, Nugent S, Baines Simon A, Gralnek I, Provenzale D, Van Ryn M: Variation in estimates of limited health literacy by assessment instruments and non-response bias. *J Gen Intern Med* 2010, 25:675–681

Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults : longitudinal cohort study. 2012;1602(March):1–10.

Baker, D.W. The meaning and the measure of health literacy. *J GEN INTERN MED* 21, 878–883 (2006). 46

Parker R. (2009) Measuring health literacy: What? So what? Now what? In Hernandez L. (ed), Measures of Health Literacy: Workshop Summary, Roundtable on Health Literacy. National Academies Press, Washington, DC, pp. 91–98.

Baker DW, DeWalt DA, Schillinger D, et al. “Teach to Goal”: Theory and Design Principles of an Intervention to Improve Heart Failure Self-Management Skills of Patients with Low Health Literacy. *Journal of Health Communication* 2011;16(sup3):73-88.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-U89

Nutbeam D, Boxall A-M. What influences the transfer of research into health policy and practice? Observations from England and Australia. *Public Health [Internet]*. 2008;122(8):747–53.

Benavente, Rosa, Costa, & Ávila, 1996; Pinto, 1996)” (Loureiro *et al.*, 2014: 15). Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Costa-16/publication/275968170_A_Literacia_em_Portugal_resultados_de_uma_pesquisa_extensiva_e_monografica/links/554ca72f0cf29752ee7f20d3/A-Literacia-em-Portugal-resultados-de-uma-pesquisa-extensiva-e-monografica.pdf

Carta de Ottawa. In: 1^a. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986 (acesso em 19 de fevereiro 2021). Disponível em <https://www.iasaude.pt/index.php/informação-documentacao/promocao-da-saude/152-carta-de-ottawa>

Chawłowska E, Lipiak A, Krzysztozek J, Krupa B, Staszewski R. Reproductive Health Literacy and Fertility Awareness Among Polish Female Students. *Front Public Health*. 2020 Sep 11;8:499. doi: 10.3389/fpubh.2020.00499. PMID: 33014982; PMCID: PMC7516014.

Liu H, Zeng H, Shen Y, Zhang F, Sharma M, Lai W, et al. Assessment tools for health literacy among the general population: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8). 47

Clark, J. Ilona Kickbusch: global health reformer. *The Lancet*, 2017, 390: 835, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31753-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31753-1)

Geboers, B.; de Winter, A.F.; Spoorenberg, S.L.W.; Wynia, K.; Reijneveld, S.A. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qual. Life Res.* 2016, 25, 2869–2877

Grandia L. *Healthcare information systems: a look at the past, present, and future*; 2014. Salt Lake City, UT: Health Catalyst

Health Literacy, Australia. 2006; Australian Bureau of Statistics. Available online: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4233.0Main%20Features22006?opendocument&tabname=Summary&prodno=4233.0&issue=2006&num=&view=>

Hernández-Ortega S, et al. Defective in mitotic arrest 1 (Dma1) ubiquitin ligase controls G1 cyclin degradation. 2013. *J Biol Chem* 288(7):4704-14.

Howard, J., Sparkman, C., Cohen, H., Green, G., & Stanislaw, H. (2007). Correction concerning Howard et al. (2005). *The Journal of Speech and Language Pathology – Applied Behavior Analysis*, 2(1), 144-145. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100208>

Bas Geboers, Sijmen A. Reijneveld, Carel J.M. Jansen & Andrea F. de Winter (2016) Health Literacy Is Associated With Health Behaviors and Social Factors Among Older Adults: Results from the LifeLines Cohort Study, *Journal of Health Communication*, 21:sup2, 45-53, Geboers B, Winter AF De, Spoorenberg SLW. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older , and its moderators. *Qual Life Res.* 2016;25(11):2869–77.

James BD, Boyle PA, Bennett JS, Bennett DA. The impact of health and financial literacy on decision making in community-based older adults. *Gerontology*. 2012;58(6):531e539.

Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Original Article Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *Kerman Univ Med Sci [Internet]*. 2015;4(11):747–755.

Jean Edward PhD, Sarah Morris, Fatma Mataoui, Phillip Granberry, Mark V. Williams MD, Idali Torres. (2018). The impact of health and health insurance literacy on access to care for Hispanic/Latino communities. *Public Health Nurs.* 35:176–183.

Paez KA, Mallery CJ, Noel H, Mcsorley VE, Lucado JL, Ganachari D, et al. Development of the Health Insurance Literacy Measure (HILM): Conceptualizing and Measuring Consumer Ability to Choose and Use Private Health Insurance Measure (HILM): Conceptualizing and. 2014;0730.

Tetine Sentell & Kathryn L. Braun (2012) Low Health Literacy, Limited English Proficiency, and Health Status in Asians, Latinos, and Other Racial/Ethnic Groups in California, *Journal of Health Communication*, 17:sup3, 82-99, DOI: 10.1080/10810730.2012.712621

Jensen JD, King AJ, Guntzviller LM, Davis LA. Patient-provider communication and low-income adults: age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2010;79(1):30e35.

Khangura, S.; Konnyu, K.; Cushman, R.; Grimshaw, J.; Moher, D. (2012). Evidence summaries: The evolution of a rapid review approach. *Syst. Rev*.

Heijmans M, Uiters E, Rose T, Hofstede J, Devillé W, van der Heide I, et al. Directorate-General for Health and Consumers Health programme Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union Final Report [Internet]. 2015. 335 p.

Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int*. 2001 Sep;16(3):289-97. doi: 10.1093/heapro/16.3.289. PMID: 11509466.

Kickbusch, I. and Buse, K. Global influences and global responses: international health at the turn of the 21st century. In Merson, M. H., Black, R. E. and Mills, A. J. (eds) *International Health. A Textbook*. 2000; Aspen, New York, USA, pp. 701–732.

Kickbush I, Wait S, Maag D. Navigating health: The role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK; 2005

Kilfoyle, K.A.; Vitko, M.; O’Conor, R.; Bailey, S.C. Health Literacy and Women’s Reproductive Health: A Systematic Review. *J. Womens Health* 2016, 25, 1237–1255.

Kobayashi, L.C.; Wardle, J.; Wolf, M.S.; von Wagner, C. Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *J. Gen. Intern. Med*. 2015, 30, 958–964

Koh HK, Berwick DM, Clancy CM, et al. New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly ‘crisis care’. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(2):434-443

Lowe W, Ballinger C, Protheroe J, et al. The effectiveness of musculoskeletal education interventions in people with lower literacy: a systematic review. *Arthritis Care & Research* 2013;65(12):1976-85.

Manafa, E.; Wong, S. Health literacy programs for older adults: A systematic literature review. *Health Educ. Res.* 2012, 27, 947–960.

Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Original Article Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *Kerman Univ Med Sci [Internet]*. 2015;4(11):747–755.

McCormack LC, Bann C, Uhrig J, Berkman N, Rudd R. Health insurance literacy of older adults. *J Consum Aff.* 2009; 43(2):223-48.

Rowlands G, Shaw A, Jaswal S, Smith S, Harpham T. Health literacy and the social determinants of health: A qualitative model from adult learners. *Health Promot Int.* 2017;32(1):130–8.

Morris NS, Field TS, Wagner JL, Cutrona SL, Roblin DW, Gaglio B. The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *J Health Commun* 2013; 18: 223-241

Herman A, Young KD, Espitia D, Fu N, Farshidi A. Impact of a health literacy intervention on pediatric emergency department use. *Pediatr Emerg Care.* 2009; 25(7):434-8.

Weiss BD. Health literacy and patient safety: Help patients understand. Chicago: American Medical Association Foundation. <https://www.ufjf.br/getmedicina/files/2015/11/BARRY-WEISS.pdf>Oztürk Z, Atila A, Koç E. The concept of family practice and family practice in Turkey. *TSA* 2015; 2: 263-284.

Paiva, S., Susana S., Milton S., Pedro, M., F.M., Nuno L. Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Med Port* 2017 Dec;30(12):861-869

Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saúde Pública.* 2016 [cited 2018 May 11];34(3):259–75.

Richards M, Deary IJ. (2010). A life course approach to cognitive capability. In: Kuh D, Cooper R, Hardy R, Richards M, BenShlomo Y (eds.), *A Life Course Approach to Healthy Ageing*. Oxford: Oxford University Press, 2014: pp. 32–45.

Rocco Palumbo. Sustainability of well-being through literacy. The effects of food literacy on sustainability of well-being. *Agriculture and Agricultural Science Procedia* 00 (2015) 000–000
Rafia S. Rasu, Walter Agbor Bawa, Richard Suminski, Kathleen Snella, Bradley Warady. Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *Int J Health Policy Manag* 2015, 4(11), 747–755

Rawl, R., Kolasa, K. M., Lee, J., Whetstone, L. M., 2008. A Learn and Serve Nutrition Program: The Food Literacy Partners Program. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 40(1), 49–51.

Nutbeam, D., Health literacy as a population strategy for health promotion. 2017;25(3):210–22.

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

Salem OA, Ahlam S. & Kamila A., Al-Ammar. Evaluation of Health Literacy among Females in Outpatient Clinics. *Ann Med Health Sci Res*. 2018; 8: 100-104

Seibert RG, Winter MR, Cabral HJ, Wolf MS, Curtis LM, Paasche-Orlow MK. Health Literacy and Income Mediate Racial/Ethnic Asthma Disparities. *Health Lit Res Pract*. 2019 Jan 18;3(1):e9-e18. doi: 10.3928/24748307-20181113-01. PMID: 31294300; PMCID: PMC6608912.

Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*. 1974; 2(1_suppl):1-10. Doi:10.1177/1091981981740020S102

Sørensen, K.; Pelikan, J.M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; Fullam, J.; Kondilis, B.; Agrafiotis, D.; Ueters, E.; et al. Consortium. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur. J. Public Health* 2015, 25, 1053–1058
Stellefson M, Paige SR, Alber JM, Chaney BH, Chaney D, Apperson A, Mohan A. Association Between Health Literacy, Electronic Health Literacy, Disease-Specific Knowledge, and Health-Related Quality of Life Among Adults With Chronic Obstructive

Pulmonary Disease: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* 2019 Jun 6;21(6):e12165. doi: 10.2196/12165. PMID: 31172962; PMCID: PMC6592488.

Storms, H.; Claes, N.; Aertgeerts, B.; Van den Broucke, S. Measuring health literacy among low literate people: An exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire. *BMC Public Health* 2017, 17, 475

Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ramanan R, Roderick P; ATTOM investigators. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant.* 2018 Sep 1;33(9):1545-1558. doi: 10.1093/ndt/gfx293. PMID: 29165627.

The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy, September 2006. U.S. Dept. of Education, National Center for Education Statistics. Available online: https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483_1.pdf

Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 1086-1090

Wister AV, Malloy-Weir LJ, Rootman I, Desjardins R. (2010). Lifelong educational practices and resources in enabling health literacy among older adults. *J Aging Health* 2010; 22: 827–54

World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998. Available online: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>

Xinying Sun, Yuhui Shi, Qingqi Zeng, Yanling Wang, Weijing Du, Nanfang Wei, Ruiqian Xie and Chun Chang. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. Sun et al. *BMC Public Health* 2013, 13:261 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/261>

ANEXO

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

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

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

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