

MARIA MARGARIDA MENESES DE CARVALHO FINURAS MONTEIRO

A LITERACIA EM SAÚDE

Orientador: Prof. Doutor J. B. Duarte

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Departamento das Ciências de Educação

Lisboa

2009

MARIA MARGARIDA MENESES DE CARVALHO FINURAS MONTEIRO

A LITERACIA EM SAÚDE

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação no Curso de Mestrado em Ciências da Educação, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor J. B. Duarte

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Departamento das Ciências de Educação

Lisboa

2009

Compreender significa ser capaz de fazer.

J. W. Von Goethe

À minha Mãe, a ausente mais presente, pelo exemplo de vida que nos deixou.

Ao meu Pai, que me ensinou a ler e a quem nunca agradeci.

Ao meu adorado filho Ricardo.

Agradecimentos

Aos meus irmãos, pelo apoio.

Ao professor José B. Duarte.

Aos utentes do serviço de Imagiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central (Hospital de São José), pois sem a sua colaboração este trabalho não teria sido possível.

...e também àqueles que colocaram obstáculos ao longo do caminho, porque só incentivam ainda mais.

Resumo

A literacia em saúde é, no enquadramento socioeconómico actual, cada vez mais necessária. A autora, na sua prática profissional, apercebe-se que os pacientes são cada vez mais confrontados com decisões mais difíceis em saúde, quando na maior parte das vezes têm dificuldades em ler e compreender uma simples informação médica.

O problema de investigação deste estudo é o de saber qual o grau de literacia em saúde manifestado pelos pacientes de um serviço de Imagiologia de uma instituição hospitalar portuguesa.

Foi efectuada pesquisa bibliográfica sobre os principais conceitos, após o que foram definidos os objectivos da investigação empírica a concretizar com a distribuição de um questionário sobre literacia em saúde.

Com recurso à metodologia exploratória e descritiva foi estudada a literacia em saúde. Como conclusão principal destaca-se o défice de habilitações académicas da população estudada, o que tem como consequência uma baixa literacia em saúde, a qual por sua vez tem efeitos ao nível da eficácia dos tratamentos.

Palavras-chave

Saúde

Literacia

Imagiologia

Abstract

Health literacy is ever more necessary in the current socioeconomic framing. The author, in her professional practice, realises that patients have to make more and more difficult decisions in health, but most of them have difficulties in reading and understanding even simple medical information.

The purpose of this study is to know the level of health literacy of patients in the radiology service of a Portuguese hospital.

Bibliographical research of the main concepts was made, after which the goals of the empirical study were devised by carrying out an inquiry on health literacy. Based on the exploratory and descriptive methodology, the subject was studied.

The main conclusion is the deficit of academic qualifications of the studied population, reflecting their poor health literacy, which in turn affects the level of treatment efficiency.

Keywords

Health

Literacy

Radiology

Índice

Introdução	13
Abreviaturas	15
1. Enquadramento teórico.....	17
1.1. Introdução	17
1.2. Literacia	18
1.3. Origem e evolução.....	18
1.4. Literacia e educação	19
1.5. Literacia e desenvolvimento psicológico e neurológico.....	20
2. A importância da literacia em saúde.....	21
2.1. Delimitação do tema.....	21
2.1.1. Uma situação exemplar: a literacia nos Estados Unidos da América ..	21
2.2. Literacia e saúde	22
2.2.1. Capacidades necessárias para literacia em saúde.....	24
2.2.2. Literacia e saúde	25
2.2.3. Estudos sobre literacia em outras áreas da saúde nos EUA.....	25
2.3. Impacto económico da baixa literacia em saúde	26
2.4. Literacia e rastreio médico	27
2.5. Europa.....	28
2.5.1. European Health Literacy Survey	28
2.5.2. Fórum Europeu da Saúde.....	28
2.5.3. Os custos da baixa literacia em saúde na Europa	30
2.5.4. A literacia em saúde e a Organização Mundial da Saúde	31
2.5.5. Literacia em saúde como componente central de aprendizagem ao longo da vida.....	31
2.5.6. O exemplo sueco.....	33
2.5.7. Estudos da OCDE sobre as deficiências em literacia em saúde	33
2.6. Literacia em saúde no Reino Unido	36
2.6.1. Recomendações do <i>National Consumer Council</i>	37
2.7. Literacia e tecnologia.....	39
2.7.1. Necessidades em informação	39
2.7.2. Fontes de informação	40

2.7.3.	Barreiras para obter informação.....	40
2.7.4.	Internet	41
2.7.5.	Decisão partilhada.....	41
2.7.6.	Conclusões	42
2.8.	A situação portuguesa.....	43
2.9.	Escola Nacional de Saúde Pública.....	45
2.9.1.	Algumas regras para redesenhar os processos de cuidados de saúde ..	46
2.10.	Plano Nacional de Saúde 2004-2010.....	47
2.11.	Desenvolvimentos recentes	48
3.	A escolarização	49
3.1.	O desenvolvimento da literacia e a escolarização	49
3.2.	Como avaliar a literacia em saúde	49
3.2.1.	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine	50
3.2.2.	Test of Functional Health Literacy in Adults	50
3.2.3.	Newest Vital Sign	51
3.2.4.	Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy	51
4.	Perspectiva metodológica utilizada na investigação	52
4.1.	O papel do investigador nas práticas científicas.....	52
4.2.	Tipo de estudo	52
4.3.	População alvo e técnica de amostragem	53
4.4.	Instrumento de colheita de dados	53
4.5.	Procedimentos de recolha de dados.....	54
4.5.1.	Organização e tratamento de dados	54
5.	Análise e tratamento da informação recolhida	55
5.1.	Organização, análise e discussão dos resultados	55
5.2.	Estatística descritiva	56
5.3.	Análise factorial com três factores com todas as variáveis	70
5.4.	Análise factorial com três factores sem as variáveis 14 e 16	73
5.5.	Estatística descritiva dos três novos grupos de variáveis resultantes dos factores	76
	Conclusão	77
	Referências bibliográficas.....	79
	Anexo I – Questionário	83

Anexo II – Pedido ao director de serviço de Imagiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.....	84
Anexo III – Pedido à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	85
Anexo IV – Base de trabalho	86

Índice de figuras

Gráfico 1: distribuição por sexo	56
Gráfico 2: habilitações académicas por sexo	57
Gráfico 3: habilitações académicas	58
Gráfico 4: Idade	59
Gráfico 5: três novos grupos de variáveis	76

Índice de tabelas

Tabela 1: variável sexo	56
Tabela 2: habilitações académicas por sexo	58
Tabela 3: variável sexo	60
Tabela 4: grupo variável sexo	61
Tabela 5: relação entre as variáveis e as habilitações académicas	68
Tabela 6: relação entre as variáveis e as habilitações académicas	69
Tabela 7: teste Kruskal Wallis.....	70
Tabela 8: KMO e teste de Bartlett.....	70
Tabela 9: comunalidades	71
Tabela 10: variância	72
Tabela 11: método de extracção	73
Tabela 12: KMO e teste de Bartlett.....	73
Tabela 13: comunalidades	74
Tabela 14: total da variância	75
Tabela 15: normalização de Kaiser	75
Tabela 16: três novos grupos de variáveis.....	76

Introdução

O trabalho que agora apresentamos é o culminar do nosso curso de Mestrado em Ciências da Educação, leccionado na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, em Lisboa.

Para concluir com sucesso o referido curso é obrigatória a apresentação de uma dissertação final dentro do âmbito das matérias propostas, isto é, que aborde temáticas relacionadas com o conteúdo programático do curso de mestrado. Para este trabalho, optámos por centrar o nosso campo de estudo na área da literacia.

Tendo em consideração que o tempo disponibilizado para a realização de um trabalho desta natureza é relativamente limitado, e dada a extensão do tema escolhido, julgámos que seria de toda a pertinência restringir mais a área da nossa pesquisa. Assim, centrámos o nosso objecto de estudo na literacia em saúde do ponto de vista dos utentes, visto a autora ser uma profissional desta área. Foi deste modo que conseguimos articular e conjugar a temática e o nosso interesse pessoal situado na área da saúde.

A ideia de efectuar o nosso trabalho em contexto hospitalar surgia como um factor de enorme satisfação pessoal, mas simultaneamente, percebemos que seria uma enorme responsabilidade, o que nos provocou algum receio e apreensão sobre as nossas próprias capacidades para assumir tal projecto.

Os hospitais, enquanto instituições sociais (neste caso escolhemos a instituição onde a autora trabalha) e enquanto espaços simbólicos de cura, são um local heterogéneo, repleto de lugares comuns e que suscitam as mais diversas representações sociais por parte dos agentes que neles circulam. O hospital é um espaço com livre acesso à população em geral, embora no seu interior se coloquem zonas de acesso e circulação restritos, o que por si só pode dar origem a diversas mistificações contrárias ao rigor exigido pela observação científica.

Contudo, o nosso problema inicial ainda estava longe de ser resolvido. Continuava a faltar a especificação concreta de onde iríamos realizar a nossa pesquisa e ainda com que métodos e técnicas poderíamos efectuar a abordagem.

Reflectindo sobre estas questões em conjunto com o orientador deste projecto (Prof. Doutor J. B. Duarte), optámos em termos metodológicos pela distribuição de um questionário de avaliação sobre literacia em saúde aos utentes do serviço de Imagiologia de uma instituição hospitalar, para avaliar qual o grau de literacia em saúde manifestado por esses mesmos utentes.

Iremos agora passar para a descrição da estrutura do trabalho em si. A sua redacção é efectuada tendo por base três partes distintas. A primeira parte é dedicada ao aspecto teórico da literacia e da literacia em saúde, onde são apresentados diversos conceitos ou paradigmas. É aqui que é feita a construção teórica do nosso objecto de estudo. Na segunda parte desta pesquisa são apresentados os diversos métodos e técnicas utilizados para a realização da investigação. A terceira e última parte descreve os pontos essenciais da nossa pesquisa. Por fim, na conclusão deste trabalho são destacados os principais aspectos do mesmo.

Para a indicação de citações e referenciação bibliográfica foi adoptada a sexta edição da norma da *American Psychological Association* (APA).

Abreviaturas

APA	<i>American Psychological Association</i> Associação Americana de Psicologia
CE	Comissão Europeia
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
FCG	Fundação Calouste Gulbenkian
HLS-EU	<i>European Health Literacy Survey</i> Inquérito Europeu de Literacia em Saúde
ICS	Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
IOM	<i>Institute of Medicine</i> Instituto de Medicina [Estados Unidos da América]
NALS	<i>National Adult Literacy Survey</i> Inquérito Nacional de Literacia em Adultos
NAPCRG	<i>North American Primary Care Research Group</i> Grupo de Pesquisa de Cuidados Primários da América do Norte
NHS	<i>National Health Service</i> Serviço Nacional de Saúde [Reino Unido]
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
REALM	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i> Teste Rápido de Literacia Adulta em Medicina
s-TOFHLA	<i>Small Test of Functional Health Literacy in Adults</i> Pequeno Teste de Literacia da Saúde Funcional em Adultos
TC	Tomografia Computorizada
TOFHLA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i> Teste de Literacia da Saúde Funcional em Adultos

TOFHLA-S	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults – Spanish</i> Teste de Literacia da Saúde Funcional em Adultos – Espanhol
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

1. Enquadramento teórico

1.1. Introdução

Qualquer estudo que verse sobre saúde não pode deixar de partir da definição enunciada pela Organização Mundial da Saúde: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou fraqueza” (OMS, 1948).

A saúde é fundamental na vida das pessoas. Por isso, é vista como uma área extremamente sensível, sobretudo no que diz respeito à percepção que os utentes têm quando necessitam dos seus serviços, na medida em que esperam naturalmente o resultado óptimo.

Nos últimos anos assistiu-se a um rápido desenvolvimento de novas tecnologias que estão a revolucionar a prevenção e o tratamento de doenças, bem como a promoção da saúde.

Nos últimos anos assistiu-se também, no nosso país, ao aumento da escolaridade obrigatória.

Porém, segundo o estudo de Ana Benavente sobre a literacia em Portugal – que analisaremos adiante – bem como outros estudos, designadamente os efectuados nos Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido, parece existir um novo tipo de analfabetismo funcional em que, apesar do aumento dos anos de escolaridade, a população evidencia incapacidades no domínio da leitura, da escrita e do cálculo. Assim, uma aprendizagem insuficiente e pouco utilizada traduz-se na incapacidade de utilizar essa mesma aprendizagem na vida quotidiana, com consequências a vários níveis.

Como surgiu este paradoxo?

A resposta a esta questão permitirá enquadrar o tema que se pretende analisar.

Em primeiro lugar, convém começar por perceber se há uma correspondência linear entre os anos de escolaridade formal e o perfil de literacia de uma população.

No que diz respeito a este tema em concreto, tentaremos perceber em que medida o grau de literacia dos utentes do serviço de Imagiologia de um determinado hospital afecta a sua compreensão sobre os tratamentos a que é sujeito.

Por último, e a confirmar-se – como resulta empiricamente – que quanto menor o grau de literacia de um doente, mais difícil será para ele compreender os tratamentos a que é sujeito, propor-se-ão medidas que ajudem a ultrapassar tal situação.

1.2. Literacia

O dia 8 de Setembro foi designado pela Organização das Nações Unidas como o Dia Internacional da Literacia.

Esta organização decidiu, em 2003, instituir a Década da Literacia, a qual decorre de 2003 a 2012. As comemorações têm como objectivo salientar a importância da literacia na vida das pessoas e da sociedade.

Anteriormente, o termo literacia estava relacionado com a capacidade para ler, escrever, usar a linguagem e comunicar. Mais recentemente, o conceito de literacia alargou-se, como estabelece a definição da UNESCO:

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

Esta abrangência decorre da forma como a literacia passou a ser enquadrada numa perspectiva mais vasta de desenvolvimento humano enquanto criador e garante da liberdade: “Ao longo da História, tanto em países ricos como em países pobres, a literacia tem sido reconhecida como parte essencial da busca da liberdade, um princípio central do desenvolvimento em si mesma.” (UNESCO, 2003).

Esta percepção tem uma importância vital tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento:

Os níveis de literacia, que estão normalmente, mas não sempre, relacionados com os níveis de educação, são indicadores importantes de emprego, participação activa na comunidade e estado de saúde. São também indicadores importantes do sucesso de uma nação. (Health Canada, 1999)

Em resumo, a literacia promove a socialização pois dá acesso a bens culturais, sendo por isso um factor propulsor do exercício consciente da cidadania. Assim, a literacia pode ser considerada como um dos recursos mais importantes de uma sociedade, pois afecta positivamente o estatuto socioeconómico e o estatuto da saúde de pessoas e comunidades.

1.3. Origem e evolução

A palavra literacia tem vindo a ser utilizada para recobrir um novo conceito acerca das capacidades de leitura e de escrita: pretende distinguir-se de alfabetização por não ter em conta o grau formal de escolaridade a que esta, tradicionalmente, estava ligada. Enquanto

alfabetização refere a condição de se ser (ou não) iniciado na língua escrita, independentemente do grau de domínio que dela se tenha, o conceito de literacia adquire um significado mais vasto, referindo capacidades de utilização da língua escrita.

Assim, alfabetização refere um conhecimento obtido, estável, enquanto literacia designa um conhecimento processual, em aberto (Delgado-Martins, 2000).

O termo *literacy* foi inicialmente utilizado pelos países anglo-saxónicos, o que se explica pelo facto de terem sido estes os que mais cedo se preocuparam com os níveis de literacia da sua população.

Tal como definida, a literacia é então um conceito mais geral do que ler e escrever, incluindo não só a competência e os usos da leitura e da escrita mas também as funções que a leitura e a escrita desempenham na formação e na acumulação de procedimentos, leis e textos que constituem o corpo principal da cultura histórica (Olson, 1999).

1.4. Literacia e educação

A palavra literacia é ainda importante porque implica uma preocupação recente, já não com a obrigatoriedade de frequência do sistema escolar, mas justamente com as capacidades de ler e escrever dos indivíduos que frequentaram o sistema escolar

Houve sempre, desde os primeiros censos, a preocupação de determinar qual a percentagem de analfabetismo e o nível de escolarização da população de um país. Em 1987, os ministros da Educação da então Comunidade Europeia, tomaram consciência do elevado grau de iletrismo existente na Europa e, independentemente dos censos à população dos respectivos países, encomendaram à Comissão Europeia um programa chamado “A Prevenção e a Luta contra o Iletrismo” que permitiu na altura fazer um diagnóstico da situação e desenvolver um programa de intervenção para o prevenir.

Verificou-se que, por razões diferentes, todos os Estados-membros tinham graves problemas nesta área. Alguns países, como a França, os Países Baixos e a Alemanha que, não tendo analfabetismo na sua população, se confrontavam com a inserção sociolinguística e escolar dos emigrantes de várias nacionalidades e de línguas maternas diversas. Outros países, como Portugal, Grécia e Espanha, que ainda não tinham atingido a generalização de uma escolaridade básica nesse fim de século; aí, nem todos frequentam o ensino obrigatório e, nem todos os que frequentam a escola o fizeram com sucesso, isto é, adquirindo capacidades de literacia. Isto significa que, ao deixar a escola, não adquiriram um domínio suficientemente profundo de leitura e de escrita que lhes permita a sua utilização nas situações exigidas por

uma sociedade em que se vão confrontar com textos, documentos, leis, literatura, e outros materiais gráficos em suportes diversificados (Delgado-Martins, 1990).

1.5. Literacia e desenvolvimento psicológico e neurológico

O desenvolvimento das investigações em psicolinguística e em neurolinguística tem levado ao reconhecimento de efeitos específicos da aprendizagem da leitura e da escrita sobre o desenvolvimento da criança. Do ponto de vista neurológico, afirmam Castro-Caldas e Alexandre Reis (1997: 327) que “Aquilo que com simplicidade se pode considerar o ‘saber ler e escrever’ é um processo neurobiológico de grande complexidade e que modifica radicalmente a forma de funcionar do cérebro.”

A repetição dos processos que permitem a leitura e a escrita vai, por sua vez, desenvolver áreas cerebrais especializadas. Citando trabalhos de Damásio e ainda de Morais (1998), Castro-Caldas demonstra, pelos seus estudos recentes, as diferenças entre o cérebro alfabetizado e o analfabeto:

“Foram encontradas diferenças entre os grupos [de indivíduos], na região desta estrutura correspondente à ligação entre o córtex parietal direito e esquerdo. Esta região do Corpo Caloso, responsável pela transferência de informação que considerámos acima relevante para o processo da leitura e da escrita, mostrou-se mais pequena no grupo não escolarizado. As diferenças encontradas, nesta estrutura biológica que suporta a passagem de informação entre os hemisférios, podem revelar a importância da estimulação externa, promovida pelo acto de ler e escrever, no desenvolvimento estrutural do cérebro.”

2. A importância da literacia em saúde

Ao longo dos anos, vários estudos demonstram um elo forte entre literacia, nível de educação e nível de saúde. A saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas e a interação entre elas é evidente em todas as idades, desde a infância à velhice. Investigadores nos campos da saúde e da educação consideram a literacia em saúde como um caminho que liga a educação a resultados na saúde (Canadian Council on Learning, 2007).

2.1. Delimitação do tema

A Organização Mundial da Saúde estabelece que “literacia em saúde representa o conhecimento e as competências que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos a terem acesso, compreenderem e usarem informação de modo a promover e a manter a saúde bem” (OMS, 1986).

Literacia em saúde não é só a capacidade geral para ler. Nos tempos que correm, os pacientes enfrentam muitas vezes informações de saúde complexas, assim como decisões terapêuticas. Isto envolve a necessidade de avaliar informação de credibilidade e qualidade, analisar riscos e benefícios, calcular doses e interpretar alguns resultados de exames.

2.1.1. Uma situação exemplar: a literacia nos Estados Unidos da América

O primeiro estudo sobre literacia em 1984 estimou em trinta milhões os cidadãos americanos com problemas de literacia. Tal estudo provocou um choque na sociedade americana e a *National Commission on Excellence in Education* publicou um relatório, largamente divulgado a toda a população, em que se declarava a “nação em risco”.

Num país com um dos maiores índices de desenvolvimento económico e de maior cobertura escolar a nível mundial, surgiu o novo fenómeno considerado tão grave que punha a nação numa situação de risco comparável a uma guerra. Num texto sugestivamente intitulado *A Nation at Risk: The Imperative for Educational Reform* declarou-se há um quarto de século: “If an unfriendly foreign power had attempted to impose on America the mediocre educational performance that exists today, we might have viewed it as an act of war.” (National Commission on Excellence in Education, 1984)

A partir desta data desencadearam-se vários estudos sobre literacia, alguns deles sobre literacia em saúde, pois esta emergiu como uma palavra-chave na agenda da investigação da medicina e da saúde pública.

Estudos anteriores feitos em várias regiões dos Estados Unidos da América foram consistentes nas conclusões de que uma parte significativa de adultos tinha dificuldade na

leitura (Hunter e Harman, 1979). Porém, só no princípio da década de 1990 é que começou a ser feito um estudo rigoroso sobre literacia nos adultos pelo Departamento de Educação, sob a direcção do Congresso. Este estudo, *National Adult Literacy Survey (NALS)*, entrevistou 24.944 adultos dos dezasseis anos em diante e focava a literacia funcional – as capacidades de literacia mais usadas nas actividades diárias (National Center for Education Statistics, 2002).

Os resultados foram divididos em cinco níveis, em que o nível cinco era o mais alto. O rigor da amostra e da concepção do estudo permitiu aos analistas estimar que noventa milhões de adultos nos Estados Unidos da América tinham capacidades de leitura extremamente limitadas. Surpreendentemente, este estudo também demonstrou que a maioria dos adultos classificados nos dois níveis mais baixos, não se apercebiam das suas fracas capacidades, acreditando que podiam ler e escrever bem (Kirsch, Jungblut, Jenkins e Kolstad, 1993).

Os mesmos analistas referiram que os classificados nos dois níveis mais baixos eram normalmente mais pobres e tinham piores condições de saúde, o que os afastava do trabalho e das actividades diárias. Os idosos também demonstraram piores resultados de literacia do que a população de meia-idade ou os jovens adultos, assim como as minorias étnicas, especialmente aqueles para quem o Inglês não era a primeira língua. As características da população que obteve resultados nos níveis mais baixos sobrepuseram-se com a identificada como a de risco mais elevado com problemas de saúde.

No 36.º encontro anual do *North American Primary Care Research Group (NAPCRG)* os intervenientes decidiram desenvolver colaboração internacional e debater uma agenda de pesquisa para o futuro.

O debate centrou-se em três temas:

- 1 – Clarificar a definição de literacia em saúde
- 2 – Avaliação da literacia em saúde
- 3 – Desenvolver colaboração internacional nesta pesquisa

A importância da pesquisa sobre literacia em saúde e a sua contribuição para as disparidades nos resultados em saúde tem vindo a aumentar a nível internacional. Prova disso são os estudos comparativos, os quais são da máxima utilidade.

2.2. Literacia e saúde

No meio clínico, a capacidade verbal de um paciente está relacionada com a sua aptidão para descrever sintomas, o que pode afectar o diagnóstico. Por sua vez, a capacidade de compreensão do paciente pode afectar a compreensão das instruções médicas.

A literacia dos pacientes influencia directamente o acesso a informação crucial sobre os seus direitos e cuidados de saúde, quer envolva seguir instruções de tratamento, fazer terapêutica, compreender informação relacionada com a doença ou aprender sobre prevenção da doença ou promoção da saúde. Os níveis de literacia podem afectar directamente o acesso a cuidados de saúde; por exemplo, a dificuldade no preenchimento de formulários de saúde ou de seguros pode atrasar a procura de serviços médicos. Por último, a baixa literacia, que muitas vezes é acompanhada por sentimentos de embaraço ou vergonha, pode diminuir a capacidade dos pacientes de demonstrarem os seus receios (Baker, 1998).

Nos Estados Unidos da América, onde se fizeram os primeiros trabalhos sobre literacia em saúde, o Instituto de Medicina, da Academia Nacional das Ciências, define literacia em saúde como “o grau em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e compreender informação de saúde básica” (*The Commonwealth Fund*, 2006).

A literacia em saúde inclui a capacidade que os pacientes têm de comunicar com os profissionais de saúde, ler informação médica, tomar decisões acerca de tratamentos, seguir regimes médicos e decidir quando e como procurar ajuda médica. Vários estudos demonstraram que a baixa literacia em saúde, embora mais prevalente em populações com fracos recursos, afecta pessoas de todas as idades, raças e estratos económicos. Um relatório recente do referido instituto demonstrou que quase metade dos adultos norte-americanos têm baixa literacia em saúde. Uma pesquisa posterior mostrou que a literacia em saúde está associada com os resultados nos cuidados de saúde (OCDE, 1992).

No relatório *Healthy People 2010* o Departamento de Saúde e Serviços Humanos incluiu o aumento a literacia em saúde como um objectivo e identificar a literacia em saúde como um importante componente de comunicação em saúde. Neste relatório a literacia em saúde é definida como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e perceber informação de saúde básica e quais os serviços necessários para fazer decisões apropriadas em saúde”. (Department of Health and Human Services, 2000)

A literacia em saúde inclui a capacidade para compreender instruções e prescrições de medicamentos, folhetos médicos, consentimento informado e a capacidade para negociar sistemas de saúde, designadamente seguros de saúde. Assim, a literacia em saúde não é somente a capacidade para ler. Requer um grupo complexo de capacidades de leitura, escuta e saber tomar decisões e a capacidade de aplicar essas competências em situações de saúde.

A literacia em saúde varia com o contexto e com o ambiente e não está necessariamente relacionada com os anos de escolarização ou a capacidade geral de leitura. Uma pessoa

que ‘funciona’ adequadamente em casa ou no trabalho pode ter literacia inadequada num ambiente hospitalar.

Para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e para reduzir despesas com a mesma, os indivíduos precisam de ter um papel mais activo nas decisões relacionadas com a saúde. Para cumprir este objectivo a população necessita de fortes capacidades de leitura e interpretação de informação em saúde.

2.2.1. Capacidades necessárias para literacia em saúde

Em síntese das considerações anteriores, podemos enunciar algumas capacidades básicas gerais incluídas no conceito de literacia em saúde:

- Ser capaz de compreender gráficos e outra informação visual;
- Ser capaz de trabalhar com computador;
- Ser capaz de obter e aplicar informação relevante;
- Ser capaz de fazer cálculos numéricos.

A capacidade de linguagem também é fundamental:

- Os pacientes devem saber comunicar as suas preocupações com a saúde;
- Os pacientes devem saber descrever os sintomas correctamente;
- Os pacientes precisam de fazer perguntas pertinentes;
- Os pacientes precisam de compreender os conselhos médicos;
- Os pacientes precisam de compreender as decisões terapêuticas.

É também possível enunciar algumas capacidades específicas:

- Avaliar informação sobre critérios de qualidade;
- Analisar riscos e benefícios;
- Calcular doses;
- Interpretar resultados de testes;
- Localizar informação em saúde incluindo a capacidade para pesquisar na Internet e

avaliar *websites*.

De acordo com a Associação Médica Americana, a baixa literacia em saúde é “um prognóstico mais forte da saúde individual do que a idade, rendimentos, estatuto profissional, nível académico ou raça” (*Report on the Council of Scientific Affairs*, 1999). No estudo *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, o Instituto de Medicina relata que noventa

milhões de pessoas nos Estados Unidos da América, quase um terço da população, têm dificuldade em compreender e utilizar informação em saúde. Como resultado os pacientes tomam muitas vezes a medicação em horários errados, faltam a consultas médicas e não percebem instruções como ‘tomar com o estômago vazio’.

A população vulnerável inclui:

- Idosos (mais de 65 anos): 81% dos pacientes com mais de sessenta anos, num hospital público, não conseguiram ler ou compreender material básico como prescrições de medicamentos. (Williams, 1995);
- Minorias étnicas;
- Emigrantes;
- Pessoas com baixo rendimento: aproximadamente metade dos beneficiários dos sistemas de protecção *Medicare* e *Medicaid* têm o equivalente ao quinto ano de escolaridade;
- Pessoas com doenças mentais crónicas.

2.2.2. Literacia e saúde

A relação entre literacia e saúde é complexa. A literacia tem a ver com conhecimento em saúde, estado de saúde e acesso a serviços de saúde.

Os resultados do estudo “Adult Literacy Survey”, publicado em 1992 pelo *National Center for Education Statistics* do Departamento de Educação dos Estados Unidos da América indicam que os adultos com baixa literacia eram pobres e tinham condições de saúde que limitavam as suas actividades: “Os grupos com maior prevalência de doenças crónicas e com maiores necessidades de cuidados de saúde têm menor capacidade para ler e compreender a informação necessária para agirem como pacientes.” (Report on the Council of Scientific Affairs, 1999)

De acordo com o estudo “Literacy and Health Outcomes”, publicado em 2004 pela *Agency for Health Care Research and Quality Report* a baixa literacia na saúde está relacionada com taxas mais altas de internamento e maior uso de serviços de urgência (Department of Health and Human Services, 2000).

Esta evidência baseada na literatura revê numerosos estudos que fornecem uma análise detalhada da correlação entre baixa literacia em saúde e má saúde.

2.2.3. Estudos sobre literacia em outras áreas da saúde nos EUA

Nesta secção resumem-se algumas conclusões de estudos sobre literacia em saúde em várias áreas de diagnóstico, bem como os respectivos resultados.

Segundo o estudo publicado no *CA: A Cancer Journal for Physicians*, a baixa literacia em saúde influencia a incidência de cancro, a mortalidade e a qualidade de vida (Merri-man, 2002). A informação sobre o rastreio do cancro pode ser ineficaz e como resultado os pacientes podem ser diagnosticados tardiamente. As opções terapêuticas podem não ser completamente compreendidas e por isso alguns pacientes podem não receber o tratamento que melhor serve as suas necessidades. O documento sobre o consentimento informado pode ser muito complexo e consequentemente os pacientes podem tomar más decisões no que diz respeito a aceitar ou rejeitar intervenções.

Entre os doentes dos cuidados de saúde primários com diabetes Tipo 2, a baixa literacia em saúde está associada com pior controlo da glicemia e taxas mais elevadas de retinopatia (Schillinger, 2002). Quanto à asma, a baixa literacia em saúde é comum e está fortemente relacionada com o pouco conhecimento sobre a doença e o uso impróprio da dose do inalador. Mais de metade dos pacientes com baixa literacia relataram que acorrem ao serviço de urgência quando têm um ataque de asma (Williams, 1998).

Quase metade (48%) dos pacientes com hipertensão ou diabetes dum estudo realizado tinham baixa literacia em saúde e estes pacientes tinham menos conhecimentos sobre a sua doença e sobre a necessidade de modificar o estilo de vida (Williams, 1998).

2.3. Impacto económico da baixa literacia em saúde

Além dos aspectos da baixa literacia na saúde individual, também há consequências económicas da baixa literacia na sociedade. A *National Academy on an Aging Society* estimou que custos adicionais em saúde devido à baixa literacia eram cerca de 73 biliões de dólares em 1998. Os indivíduos com baixa literacia têm menos capacidade para gerir doenças crónicas e usam mais os serviços de saúde.

De acordo com o *Center on an Aging Society* da Universidade de Georgetown, entre os adultos que passaram a noite num hospital em 1994, os que tinham baixa literacia tiveram em média mais 6% de visitas hospitalares e permaneceram no hospital mais dois dias do que aqueles com boa literacia em saúde. Segundo o mesmo estudo, ao reportarem o seu estado de saúde, os pacientes com baixa literacia tinham menos consultas mas usavam substancialmente mais recursos hospitalares.

O estudo de 2005 “Health Literacy Practices in Primary Care Settings: Examples from the Field” realizado pela *Association of Clinicians* demonstra que a baixa literacia em saúde continua nos pacientes norte-americanos e que pouco tem sido feito para combater o problema. Como metodologia, identificou práticas de literacia em saúde que os profissionais

usam para melhorar a comunicação com os pacientes, numa procura de saber se compreendiam o seu estado de saúde, as opções terapêuticas e tratamentos.

Os profissionais identificaram cinco práticas:

- Trabalho de equipa: todos os profissionais deviam ser envolvidos, desde a rececionista ao médico e todos devem partilhar informação;
- Utilização de ‘ferramentas’ de comunicação padronizadas;
- Utilização de linguagem simples, sem jargão médico, e uso de diagramas para ilustrar explicações;
- Parceria médico/paciente para obter resultados, o que implica necessariamente o consentimento do paciente;
- Criação de ambiente de literacia em saúde como filosofia da organização.

Foram realizadas entrevistas em que os pacientes demonstraram satisfação com os clínicos, que pareciam interessados e que os tinham escutado atentamente. O grau de confiança aumentou e sentiram que tinham capacidade para gerir melhor a sua doença em casa.

Apesar de optimistas, os profissionais de saúde identificaram algumas barreiras tais como:

- 1 – A baixa literacia não é um problema ou é considerado de baixa prioridade comparado com outros;
- 2 – Não há tempo suficiente para implementar um programa de literacia em saúde;
- 3 – O sistema de saúde não tem recursos económicos para implementar o programa.

2.4. Literacia e rastreio médico

Davis *et al* (1996) relacionaram níveis de literacia em saúde na mamografia de rastreio em que mulheres com baixos rendimentos faziam parte da amostra. Estas fazem menos exames de rastreio sendo por isso o cancro da mama diagnosticado em estágios tardios. Este estudo englobou 445 mulheres acima dos quarenta anos que não tinham feito mamografia no ano anterior. A baixa literacia na saúde estava relacionada com os baixos conhecimentos sobre mamografia.

Outro estudo (Bennett, 1998) entre pacientes diagnosticados com cancro da próstata concluiu também que os pacientes com baixos rendimentos e baixa literacia na saúde eram diagnosticados mais tarde.

2.5. Europa

2.5.1. European Health Literacy Survey

O “European Health Literacy Survey” (HLS-EU) é um projecto da Universidade de Maastricht cuja finalidade é ajudar a resolver os problemas da literacia em saúde na Europa.

Foram definidos cinco objectivos para o triénio 2009-2011. Em primeiro lugar, estabelecer uma rede europeia de literacia em saúde. Depois, adoptar um modelo de medida para avaliar a literacia em saúde na Europa. Foi também decidido criar dados em primeira-mão sobre literacia em saúde nos países europeus, providenciando indicadores e monitorização. Outro objectivo passa por criar contribuições comparativas sobre literacia em saúde nos países europeus. Por fim, mas não menos importante, é necessário criar comités nacionais nos países participantes e documentar diferentes estratégias nacionais.

Para além dos Países Baixos, onde o projecto está sediado na Universidade de Maastricht, são nove os países que integram o HLS-EU, todos eles membros da União Europeia, à excepção da Suíça.

As instituições participantes, uma por país, são de vários tipos:

- Escola Nacional de Saúde Pública (Grécia);
- National Consumer Council (Reino Unido);
- Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH (Áustria);
- Instytut Kardiologii (Polónia);
- Fundació Biblioteca Josep Laporte (Espanha);
- Universidade Médica de Sófia (Bulgária);
- Instituto Nacional de Saúde Pública e Ambiente (Países Baixos);
- Landesinstitut für Arbeit und Gesundheit (Alemanha);
- Instituto de Medicina Social e Preventiva da Universidade de Zurique (Suíça).

Para além dos participantes enunciados, são muitos os parceiros, tanto do continente europeu como de outros locais. Entre estes parceiros conta-se a Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa. Este estudo recebeu fundos da União Europeia, ao abrigo do Programa de Saúde Pública.

2.5.2. Fórum Europeu da Saúde

O Fórum Europeu da Saúde ocorre anualmente desde 1998 na cidade austríaca de Gastein. A oitava edição, realizada em Outubro de 2005, teve como mote as Parcerias para a

Saúde. Aí foi discutida a importância da literacia em saúde, com base nas premissas que de seguida se explanam.

Antes de mais, porque em quase todos os aspectos das nossas vidas somos confrontados com questões e decisões acerca de saúde. A esfera da saúde expandiu-se para lá do sistema de saúde: a saúde inclui bem-estar e exercício, envolve o que cada um come e bebe, como dorme. A saúde é discutida em revistas de moda e jornais em programas de rádio e televisão. A isto acresce o facto de os programas políticos nos pedirem para sermos ‘pacientes informados’ e ‘cidadãos comprometidos e activos’. No entanto, a maioria das pessoas tem falta de acesso à informação necessária e não tem as capacidades necessárias de tomar decisões sobre a nossa saúde.

Estas capacidades são a essência da literacia em saúde, definida como “a capacidade de tomar decisões de saúde seguras no contexto do dia a dia” (Fórum Europeu da Saúde, 2005).

Foram as seguintes as conclusões do Fórum:

- A literacia em saúde é uma capacidade essencial na vida dos indivíduos: pode ajudar a procurar e usar informação e ter controlo sobre a sua saúde.
- A literacia em saúde é um imperativo de saúde pública: melhora a saúde da comunidade.
- A literacia em saúde é uma parte essencial do capital social: a baixa literacia em saúde contribui fortemente para desigualdades em saúde.

Este estudo pretende que a Europa actue de modo a contribuir para que a literacia em saúde seja um pilar da sua política de saúde. Sem literacia em saúde não atingiremos os nossos objectivos de uma cidadania europeia saudável e próspera. Mas a saúde está a mudar. Se por um lado, há mais escolha nos tratamentos e mais informação para guiar as nossas escolhas, por outro lado o dilúvio de informação é muitas vezes mais confuso do que útil. Assim, os sistemas de saúde são cada vez mais complexos e abrangem cada vez mais sectores.

Esta mudança rápida na área da saúde exige muito de nós como pacientes e como cidadãos. As decisões em saúde colocam-nos numa posição vulnerável onde corremos riscos sem a certeza de resultados. Isto é verdade independentemente do nível educacional, cultura ou estatuto social. A literacia em saúde não é uma salvaguarda desta incerteza, porém pode ajudar a ter um melhor conhecimento das potenciais consequências das escolhas em saúde.

As competências em literacia em saúde fazem parte das competências da vida moderna. Na realidade, a literacia em saúde é activa: à medida em que a sociedade muda, as competências em literacia em saúde devem mudar. Os cidadãos aprendem continuamente nova informação e esquecem informação desactualizada de modo a poderem guiar as suas decisões em saúde. A literacia em saúde também é dinâmica: os indivíduos com literacia em saúde envolvem-se em mudanças constantes e diálogo com o meio envolvente. São capazes de equilibrar autonomia e confiança nas suas interacções com os profissionais de saúde, organizações de pacientes e todos os serviços da comunidade (Fórum Europeu da Saúde, 2005).

Mas construir literacia em saúde é mais do que fornecer informação em saúde. O acesso a informação boa e confiável é a pedra angular da literacia em saúde. No entanto, fornecer informação – mesmo boa informação – por vezes não é suficiente. De algum modo temos de construir os canais de comunicação certos de modo que a informação em saúde se traduza realmente em comportamentos saudáveis.

Por exemplo, a Internet e a ‘e-saúde’ são vistas potencialmente como um veículo para o *empowerment* dos cidadãos, como se afirma na eHealth Declaration de 2003 (Wilson *et al*, 2004: 15). No entanto a literacia computacional está longe de ser geral na Europa. É particularmente baixa entre a população idosa. Por exemplo, só 1% das pessoas com mais 60 anos na Grécia têm acesso a computador (Salifiou, 2004) e por vezes, nem as melhores campanhas de educação em saúde são eficazes. Por exemplo, no Reino Unido – onde existe a mais avançada educação sexual nas escolas – há uma das mais elevadas taxas de clamídia e de gravidezes não desejadas em adolescentes da União Europeia.

2.5.3. Os custos da baixa literacia em saúde na Europa

É difícil quantificar a prevalência da baixa literacia em saúde. Há poucos estudos que a tenham calculado e as avaliações diferem nas definições e nas metodologias (*Institute of Medicine*, 2003).

É necessária mais pesquisa nos métodos de medir a literacia em saúde nas populações. Na Europa é necessário serem quantificados os dados empíricos da prevalência da baixa literacia em saúde, assim como propor soluções apropriadas para os diferentes grupos da sociedade.

A baixa literacia em saúde pode ter consequências não só para os indivíduos e os sistemas de saúde, mas para a sociedade em geral. A Europa gasta milhões em cuidados de saúde que podiam facilmente ser evitados melhorando a literacia em saúde. Investir na literacia em saúde pode melhorar a saúde da população e reduzir custos em saúde.

Melhoramentos na literacia em saúde ajudarão a vencer desigualdades em saúde. No entanto, políticas que promovam mais escolha para os cidadãos podem correr o risco de criar um sistema de duas vias em termos de acesso, onde por um lado os indivíduos com literacia em saúde têm o poder de mais escolha, enquanto os grupos vulneráveis, como os idosos ou os socialmente excluídos podem fracassar (Comissão Europeia, 2008).

2.5.4. A literacia em saúde e a Organização Mundial da Saúde

A Carta de Ottawa para a promoção da saúde declara “Health is created in the context of everyday life, where people live, love, work and play” (OMS, 1986). Isto significa que necessitamos de capacidades de literacia em saúde nas nossas actividades como cidadãos, consumidores e pacientes. Deste modo, as capacidades em literacia em saúde incluem:

- 1 – Aptidões de saúde básicas tais como a aplicação de promoção na saúde, protecção na saúde e comportamentos de protecção na doença, assim como cuidados individuais.
- 2 – Aptidões para actuar como um parceiro activo com os profissionais de saúde.
- 3 – Aptidões como consumidor para fazer decisões saudáveis na selecção de bens e serviços e para actuar a nível de direitos do consumidor, se necessário.
- 4 – Aptidões como cidadão, através de comportamentos informados, conhecimento de direitos em saúde e membro de organizações de saúde.

Todos os estudos têm demonstrado que a baixa literacia em saúde está relacionada com piores resultados em saúde (Scholman, 2004; Brown *et al*, 2003). Daqui resulta que a baixa literacia em saúde pode ser um forte contribuidor para as desigualdades em saúde e que esta relação é recíproca. Reduzir a distância na literacia em saúde pode ajudar a reduzir algumas das desigualdades que flagelam as sociedades europeias em termos de esperança de vida, resultados nos cuidados de saúde e mortalidade. Como foi recentemente defendido pela Organização Mundial da Saúde, permitir que estas desigualdades persistam nas nossas sociedades abundantes é uma injustiça social (OMS, 2004).

2.5.5. Literacia em saúde como componente central de aprendizagem ao longo da vida

“A boa saúde envolve reduzir os níveis de insucesso escolar, reduzir a insegurança e o desemprego e melhorar o alojamento. As sociedades que permitem aos cidadãos ter um papel activo social, económico e cultural serão mais saudáveis do que aquelas onde os indivíduos enfrentam a insegurança, a exclusão e a carência (The Solid Facts, 2004).

Os Europeus estão a viver mais tempo e com vidas mais saudáveis (Swedish National Institute of Public Health, 2006). Porém, as oportunidades de envelhecer com saúde não se aplicam igualmente a toda a população. Existem diferenças significativas na esperança de vida e níveis de incapacidades em toda a população.

Muitos estudos demonstraram que a idade avançada pode ser uma barreira à literacia em saúde (Baker *et al*, 2000). A Organização Mundial da Saúde defende que a literacia em saúde promove o envelhecimento activo (OMS, 2002). A literacia em saúde pode ser considerada como parte integral do aprender ao longo da vida.

Por isso, saúde não é só o produto das actividades profissionais. É um recurso para os indivíduos e para a sociedade e uma responsabilidade compartilhada entre vários sectores e áreas sociais. É uma responsabilidade compartilhada entre todos os actores da sociedade. O Fórum Europeu da Saúde (2005) concluiu que colocar a saúde e a literacia em saúde no centro da política da União Europeia é uma responsabilidade compartilhada. Se queremos melhorar a saúde dos europeus, os políticos, os governos, os cidadãos, os serviços de saúde, os profissionais de saúde, as organizações não governamentais, os meios de comunicação devem colaborar para tomar uma acção comum.

A Europa deve ter um papel principal no apoio a esta colaboração. O Fórum da Política Europeia de Saúde (2005) criou uma plataforma para todos os envolvidos nas decisões da saúde pública europeia e pode ajudar a alcançar uma coordenação mais activa entre os Estados-membros. Redes europeias como Plataforma Europeia para a Dieta, Actividade Física e Saúde também fornecem oportunidades aos diferentes Estados-membros para ‘construir’ a literacia em saúde nos seus contextos locais.

Aquele Fórum propôs que um centro de excelência e de especialistas sobre literacia em saúde poderia ser criado a um nível europeu através de parcerias activas. Idealmente este centro de conhecimento pode formar a fundação para o estabelecimento de um Centro de Excelência em Literacia em Saúde.

Há iniciativas admiráveis para construir a literacia em saúde por toda a Europa. Porém, muitas das vezes ficam ao nível das ideias. As lições aprendidas não são transpostas para outros contextos ou comunidades. O fosso entre a política e a prática deve ter um caminho com duas direcções. O Fórum de 2005 concluiu que políticos, profissionais e o público devem ter responsabilidade pela literacia em saúde, que é uma responsabilidade conjunta e que os governos devem comprometer-se para investimentos em saúde a longo prazo.

2.5.6. O exemplo sueco

O *International Adult Literacy Survey*, realizado em 1994 em sete países (Alemanha, Canadá, Estados Unidos da América, Países Baixos, Polónia, Suécia e Suíça) com uma amostra de 21.000 participantes revelou a Suécia à frente, com mais de 40% de suecos entre os 16 e os 25 anos com os níveis mais altos de literacia (Comissão Europeia, 2008).

A literacia em saúde recebeu recentemente, a nível europeu, um aumento de interesse. No entanto, é difícil encontrar iniciativas dirigidas especificamente para melhorar a literacia em saúde e há carência de investigação e de instrumentos de medida (Kickbusch, 2004).

A literacia em saúde provavelmente tornar-se-á mais proeminente nas políticas de saúde do futuro porque foi incluída nos objectivos da recente “Comunicação sobre a mobilidade dos pacientes”. (Comissão Europeia, 2008).

No geral, os instrumentos de medida estão mais direccionados para os aspectos da literacia funcional em saúde, para os quais a evidência foi revista pelo estudo “*International Adult Literacy Survey*”, da OCDE.

2.5.7. Estudos da OCDE sobre as deficiências em literacia em saúde

A literacia em saúde está intimamente relacionada com os outros níveis de literacia, para os quais foram feitos alguns estudos internacionais nos últimos dez anos. Neste contexto, é interessante notar que o teste internacional sobre literacia nos adultos da OCDE (o último teste internacional em larga escala feito para comparar e analisar a literacia nos adultos numa selecção de países europeus e de outros desta organização) incluiu nos seus testes aptidões relacionadas com a saúde

O *Adult Literacy and Life Skills (ALL)* é um estudo comparativo feito a nível internacional. Envolveu seis países e territórios, três da Europa (Itália, Noruega e Suíça) e três da América do Norte (Bermudas, Canadá e Estados Unidos da América), tendo sido realizado em 2003 (*National Center for Education Statistics*, 2005).

Baseia-se em dimensões com níveis sucessivos de literacia, as quais medem literacia para os documentos e literacia quantitativa. Inclui itens relacionados com a saúde com três níveis que requerem tarefas progressivamente mais complexas para serem preenchidos.

Tem categorias de conteúdos para aptidões, uma das quais sobre saúde. O item “súde e segurança” inclui matérias sobre drogas e álcool, prevenção da doença e tratamento, segurança e prevenção de acidentes, primeiros socorros, emergências e manter-se saudável.

O nível 1 indica os indivíduos com aptidões muito baixas e que, por exemplo, são incapazes de determinar a quantidade correcta de medicamento a dar a uma criança, segundo as instruções da embalagem (OCDE, 2000).

O nível 2 implica tarefas mais complexas ao interpretar materiais relacionados com a saúde (OCDE, 2000).

O nível 3 implica aptidões mais avançadas como a numeracia, a qual é avaliada pondo os sujeitos a fazer os cálculos necessários para compreender um artigo sobre o conteúdo nutricional da comida consumida no *McDonald's* (OCDE, 2000),

Apesar de não ser um teste focado na literacia em saúde, a OCDE tirou um número significativo de conclusões que são relevantes para a política de saúde.

O relatório da OCDE reconhece que os resultados do *ALL* levantam a preocupação de que um número preocupante de pessoas têm capacidade limitada para compreender e interagir com os programas sociais, que têm tendência a ficar cada vez mais complexos em muitos países (OCDE, 2000). A preocupação sobre limitada literacia em saúde, definida no sentido mais estrito como a capacidade limitada de compreender assuntos relacionados com a saúde, torna-se uma preocupação política para melhorar a qualidade e o acesso a cuidados de saúde na população em risco de exclusão social.

O documento relata também que a alta literacia está estatisticamente relacionada com melhores resultados em saúde, aumento da longevidade, hábitos de vida saudáveis e estilo de vida. Acima de tudo, a desigualdade económica está relacionada com a desigualdade na distribuição da literacia. É interessante referir o *ranking* no *HealthQUEST* da OCDE sobre a literacia dos adultos: a Finlândia e os Países Baixos estão nas posições mais elevadas, a Alemanha e o Reino Unido estão no meio, enquanto a Polónia está no patamar inferior.

A evidência dos estudos sobre literacia em saúde sugere que há um grave problema – não completamente diagnosticado – sobre este tema na Europa, o qual requer investigação e instrumentos de estudo mais alargados.

Pesquisas em alguns países reportaram uma razão importante pela qual algumas pessoas não conseguem alcançar os cuidados de saúde de que necessitam: devido à falta de compreensão de requerimentos e procedimentos administrativos ou a dificuldade de pagar regularmente os seguros de saúde (Alemanha e Polónia).

A literacia em saúde é também um pré-requisito importante para fazer escolhas apropriadas nos sistemas de segurança social ou num sistema privado de saúde, casos da Alemanha ou Países Baixos depois das últimas reformas.

Na Alemanha, há alguma evidência de que muitas pessoas precisam de certo tempo para se adaptar às contratações de fundos de segurança, segundo as novas regras. O atraso do conhecimento no início da implementação da reforma teve um papel importante.

O relatório holandês reporta que no seu sistema de saúde reestruturado “os pacientes são encorajados a fazer escolhas prudentes através da relação entre os custos de saúde requisitados e os custos reais e a aumentar a transparência do sistema de saúde”.

O estudo inglês sugere que os grupos mais desfavorecidos tendem a julgar a sua necessidade de tratamento como um dado adquirido, o que também explica recorrer menos a serviços preventivos, menos rastreios e menos vacinações (Dixon-Woods, 2005).

A evidência recolhida em diversos países sugere a existência de variações significativas em termos de recursos, capacidade instalada e profissionais de saúde. Dados da OCDE mostram que o volume de recursos em saúde varia nas regiões do próprio país: nalguns casos, as regiões mais bem equipadas têm cerca de quatro vezes mais equipamentos do que as piores. A diferença entre as regiões urbanas e as rurais é particularmente preocupante, devido à frágil situação económica e ao envelhecimento progressivo das áreas rurais.

Estas variações têm impacto na utilização dos serviços de saúde e impõem restrições ao seu acesso aos grupos em risco de exclusão social, especialmente os idosos e os com mobilidade reduzida.

Tal como para os estudos referentes aos Estados Unidos da América, atrás mencionados, a baixa literacia em saúde é mais frequente nos idosos, emigrantes e pessoas com baixos rendimentos. Pior acesso a serviços de saúde é prevalente nestes grupos desfavorecidos. Intervenções dirigidas a estes grupos com necessidades especiais são essenciais para melhorar a sua qualidade em saúde.

O número importante e persistente de indivíduos com baixa literacia em saúde, por toda a Europa, tem implicações importantes para a avaliação do impacto na criação de reformas do serviço de saúde, que têm tendência a criar sistemas cada vez mais complexos, com o risco de ‘deixar para trás’ aqueles que não têm capacidade para lidar com esta situação.

Estes estudos da OCDE mostram como a implementação de reformas que aumentam a complexidade do sistema e requerem mais dos pacientes deve considerar as consequências desta complexidade para os grupos vulneráveis e evitar que sejam deixados para trás. Por isso, os serviços de saúde devem procurar garantir medidas de responsabilização de serviços. Isto pode incluir vários factores como assegurar boa qualidade na informação, tradução e serviço de intérpretes, quando necessário, e facilidades de acesso a pessoas com mobilidade reduzida.

Estes estudos sugerem que é muito difícil isolar o efeito de factores específicos na determinação do acesso e utilização porque, muitas das vezes, um influencia o outro e que os países membros da União Europeia devem suportar mais investigação neste tópico.

As disposições de serviços em sistemas descentralizados requerem *benchmarking* e monitorização para acabar com as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde. As políticas nacionais devem ter em conta o potencial efeito negativo das variações regionais dos recursos em saúde e devem considerar meios de assegurar a acessibilidade para as pessoas de regiões com recursos abaixo da média. Por isso, os Estados-membros devem assegurar que têm políticas claras sobre literacia em saúde, para as populações vulneráveis. Os países que estão a mudar os sistemas de saúde devem ter particular atenção para o facto de que estas medidas podem ser usadas efectivamente pelas populações vulneráveis. Pelo exposto, a União Europeia deve assegurar que há uma vasta base de evidência para que os seus membros se preocupem com a literacia em saúde.

2.6. Literacia em saúde no Reino Unido

À semelhança de Portugal, o Reino Unido tem um Serviço Nacional de Saúde, o *National Health Service* (NHS), implementado em 1948. Constatase assim que esta é uma política do pós-guerra, influenciada pelos modelos socioeconómicos mais em voga naquela época.

Os modelos baseados na existência de um serviço nacional de saúde devem o seu nome ao “Relatório Beveridge”, publicado em 1942. Este sugeria um esquema global de segurança social baseado não apenas no rendimento do trabalho, mas na totalidade da riqueza do país, de forma a serem possíveis contribuições universais, em caso de doença, desemprego, reforma ou viuvez.

Em 1999, o “Relatório Moser” reportou cerca de 20% de adultos com literacia funcional. De acordo com este relatório, muitos adultos subestimam a sua necessidade de ajuda, sendo um estigma admitir que têm um problema.

Em 2004, Saranjit Sihota e Linda Lennard do *National Consumer Council* realizaram um estudo sobre literacia em saúde: “Health literacy: being able to make the most of health”.

Segundo este estudo, a definição de literacia em saúde é “A aptidão dos indivíduos em obter, interpretar e compreender informações de saúde básicas de modo a melhorar a sua saúde”. Isto também significa desenvolver as capacidades para adquirir e ler informação sobre saúde e aplicá-la com sucesso à sua situação específica, quer seja em marcar uma consulta ou seguir um tratamento médico (Sihota e Lennard, 2004).

Os efeitos de baixa literacia em saúde também se relacionam com o aumento de internamentos hospitalares, pois os indivíduos que se apresentam mais tarde no sistema de saúde têm menos cuidados preventivos (*Centre for Health Care Strategies*).

A correlação entre educação e saúde física é forte. O “Independent Inquiry into Inequalities in Health” (1998) demonstrou que a baixa educação está relacionada com as desigualdades na saúde (*National Consumer Council*).

A baixa literacia continua a ser um problema para uma parte significativa da população britânica e está claramente associada com baixos recursos económicos, doenças prolongadas ou incapacidades. Estes factores são desafios consideráveis para os serviços de saúde e para os seus profissionais. Em 2006 foi formada a *National Health Literacy Collaborative* e foi lançado o *Skills for Health*, para considerar como a literacia em saúde pode ser desenvolvida.

Refira-se ainda que na Irlanda um estudo sobre literacia em saúde conduzido em 1997 levou a um programa nacional sobre o tema.

2.6.1. Recomendações do *National Consumer Council*

O *National Consumer Council* apresentou as seguintes conclusões:

1 – Criação de medidas de qualidade para a literacia em saúde. Estas medidas ajudarão a literacia em saúde a fazer parte do sistema de saúde.

2 – A investigação sobre literacia em saúde é necessária entre os profissionais de saúde de modo a aprenderem mais sobre os desafios da literacia em saúde através do sistema de saúde.

3 – Investigação para medir o impacto da baixa literacia em saúde no acesso aos cuidados de saúde e compreender a variação entre os diversos grupos.

4 – Um mecanismo para monitorizar o impacto da informação que suporte a escolha e os cuidados de saúde dos diferentes grupos da população é vital. Um sistema de recolha de dados em relação às características dos pacientes seria útil para investigar a desigualdade e implementar soluções.

5 – É crucial que os pacientes tenham acesso a material que os informe quando e como quiserem e que usem essa informação na discussão com os profissionais de saúde.

6 – É necessária informação para compreender as necessidades das pessoas em informação sobre a imensidão dos serviços de saúde com os quais entram em contacto, incluindo os cuidados domiciliários e lares.

7 – A informação deve ser disponível em linguagem simples e deve ser desenvolvida através do trabalho cooperante entre profissionais de saúde e educadores para criar materiais educativos e de fácil compreensão.

8 – Devem ser desenvolvidos métodos para diminuir a burocracia para os pacientes com baixa literacia em saúde.

9 – Colaboradores bilingues ou tradutores treinados devem ser disponibilizados para trabalhar com pacientes com dificuldade na língua inglesa.

10 – O registo médico electrónico deve ter a facilidade de ser traduzido em diversas línguas.

11 – É necessária mais investigação para compreender as percepções do paciente sobre decisões partilhadas e se a realidade da participação dos pacientes encaixa em modelos teóricos. É particularmente importante estabelecer diferenças entre os grupos populacionais.

12 – Há uma necessidade de melhorar o treino dos profissionais de saúde para desenvolver capacidades e competências requeridas para facilitar decisões partilhadas. Os pacientes devem ser envolvidos no desenvolvimento deste treino.

13 – Treino para pacientes com baixa literacia em saúde de modo a que saibam que questões perguntar.

14 – Disponibilização de suportes que previnam os pacientes de saírem do sistema.

15 – Informações sobre cursos de auto-conduta devem estar disponíveis extensivamente como em cirurgia de ambulatório, centros de saúde e bibliotecas.

16 – Estes cursos devem ser acessíveis para os pacientes com baixa literacia em saúde e que falam outra língua. Devem ser desenvolvidos por educadores.

17 – Há necessidade de expandir a base de investigação em decisões de apoio que incluam:

- Impacto na decisão do paciente na escolha do tratamento, satisfação, estado de saúde e persistência com o tratamento;

- Diferenças entre os grupos populacionais;

- Uso e eficácia das decisões de apoio nos cuidados primários;

18 – As percepções dos clínicos nas decisões de apoio são importantes.

Os cuidados de saúde no Reino Unido estão a caminhar para maior escolha e responsabilidade partilhada entre médico e paciente para decisões em saúde. Isto significa que o paciente necessita de ter capacidades variadas que o tornem apto a ter um papel activo com

sucesso. É importante compreender as inclinações das pessoas, as suas habilidades e capacidades para exercer controlo sobre a sua saúde e isto pode ter implicações na equidade sobre os cuidados de saúde e fazer a diferença em ganhos em saúde.

2.7. Literacia e tecnologia

Actualmente há muitas hipóteses e esperanças de que a Internet faça emergir mais pacientes informados, que sejam capazes de calcular riscos e benefícios sobre tratamentos diferentes. A investigação sobre a pesquisa na Internet para a informação em saúde está a crescer gradualmente. Até agora a investigação tem demonstrado que a falta de acesso à Internet e/ou a baixa literacia tem o potencial de aumentar a diferença na saúde e aumentar a divisão de classes.

Neste estudo de 2003, cerca de 53% dos adultos questionados tinham baixas capacidades computacionais, 15% dos quais nunca tinham usado um computador.

2.7.1. Necessidades em informação

Cada vez mais as pessoas sentem necessidade de informação sobre as suas preocupações com a saúde. Alguns estudos tentam perceber que género de informação em saúde é mais procurado.

Estes são os resultados apresentados por Nancy Kohner e Alison Hill na comunicação “Help! Does my patient know more than me?” (*King’s Fund*, 2000):

- Perceber o que está errado, com explicações claras;
- Perceber o resultado de testes e tratamentos;
- Ter uma ideia realista do prognóstico;
- Saber serviços disponíveis, incluindo opções e alternativas;
- Identificar grupos de auto ajuda;
- Identificar outras fontes de informação.

Porém, os materiais de informação por si só não resolvem o problema. É também necessário ver como os profissionais de saúde conseguem comunicar, pois muitas vezes subestimam as capacidades dos pacientes.

O estudo de Sowden *et al* (2001) “Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer” mostra que a maioria dos pacientes prefere ter a maior informação possível, boa ou má. A informação é requerida por diferentes propósitos: compreender

os sintomas e/ou a doença, aprender sobre serviços disponíveis e participar em decisões sobre decisões terapêuticas.

2.7.2. Fontes de informação

Foram identificadas como seguras as seguintes fontes:

- Os profissionais de saúde como a fonte mais popular para conselhos médicos;
- Internet a tornar-se um meio importante;
- Ajuda não especializada (amigos e família) como sempre popular. (Sowden *et al*, 2001)

2.7.3. Barreiras para obter informação

A revisão da literatura revela as seguintes barreiras que os pacientes podem encontrar para obter informação sobre saúde e possíveis tratamentos:

- 1 – Os pacientes terem de pedir informação em vez de ser oferecida e sentirem que não têm esse direito.
- 2 – Os profissionais de saúde serem muito apressados, ou parecerem, e não darem aos pacientes tempo suficiente nas consultas para fazerem as perguntas necessárias.
- 3 – Os pacientes não terem tempo de antemão para pensar na informação que necessitam.
- 4 – A informação ser fornecida de modo pouco compreensível ou apresentada quando os pacientes estão incapazes de a compreender.
- 5 – Não ser dada aos pacientes a informação adequada acerca de possíveis opções de tratamento e o que estes podem envolver, incluindo efeitos contra-laterais.

Esta lista não é exaustiva, porque diferentes grupos de pacientes podem sentir barreiras diferentes. Por exemplo, jovens com doenças crónicas relatam que têm dificuldades com os profissionais de saúde, especialmente os médicos, como fontes de informação. As barreiras incluem recusa de informação e recusa de irem sempre às consultas com a presença dos pais (*Social Policy Research Unit*, 2000).

Experiências passadas e expectativas defraudadas podem também impedir os pacientes de obter informação, como no caso de pacientes de zonas de carência. Atitudes negativas dos profissionais de saúde em relação a si, familiares ou amigos resultam em baixas expectativas e criam barreiras na comunicação e também no acesso aos serviços.

No caso das minorias étnicas as dificuldades de comunicação impedem inevitavelmente a capacidade de obter informação para os pacientes que não falam a língua materna como primeira língua.

Os problemas de comunicação são muitas vezes citados como a principal razão para perceber o diagnóstico, o tratamento e muitas vezes frequentar as consultas.

2.7.4. Internet

Há muito debate acerca da difusão da Internet e os seus efeitos potenciais nos cuidados de saúde. Emerge evidência como a experiência de uma doença está a ser transformada pelo uso da Internet.

Um trabalho com pacientes com cancro mostrou que a Internet mudou a vivência destes pacientes de dois modos:

- Serem capazes de perguntar o conselho ao médico.
- Serem capazes de se mostrarem como indivíduos competentes apesar da gravidade da sua doença.

Os pacientes procuraram informação na Internet quando sentiram que lhes davam informação contraditória ou quando os seus médicos não eram capazes de se actualizar com um assunto que mudava tão rapidamente. Ao usar a Internet, encontraram tratamentos que preferiram e opções que suspeitaram que não lhes tinham sido oferecidas. A Internet também lhes facilitou a possibilidade de investigar a experiência e a reputação do hospital e do pessoal (Ziebland *et al*, 2004).

2.7.5. Decisão partilhada

O envolvimento na decisão partilhada é uma forte determinante da satisfação dos pacientes com o tratamento e os resultados. A importância dos pacientes serem mais capazes de compreenderem a extensão das opções de tratamento e as suas consequências foi demonstrada em estudos que evidenciam que a maioria dos pacientes prefere a decisão partilhada em vez da decisão estritamente profissional do médico.

Há três modelos típicos de decisão:

- Tradicional, em que a decisão é sempre tomada pelo médico.
- Informado, que também só tem uma via (do médico para o paciente), mas onde o paciente toma a sua própria decisão e faz escolhas autónomas.

- Partilhado, descrito como o intermédio entre o paternalismo médico e a responsabilidade do paciente de tomar decisões (*Health Expectations*, 2003).

O modelo de decisão partilhada tem a ver com a interacção paciente/médico e é uma oportunidade de troca de informação e conhecimento de modo a serem cumpridos objectivos sabendo os prós e os contras (*International Hospital Federation*, 2003).

Num estudo com 1012 mulheres com cancro da mama, 22% queriam escolher o tratamento, 44% queriam colaborar com o médico na decisão e 34% queriam delegar esta responsabilidade no médico (Sowden *et al*, 2001).

2.7.6. Conclusões

Para ter capacidade de exercer controlo sobre a sua saúde, os indivíduos necessitam de informação, conhecimento e compreensão. Isto é o que lhes dá confiança e vontade de manter o controlo. Os indivíduos também necessitam de ser capazes de identificar as suas necessidades em saúde, de conhecer as fontes para procurar informação, ser capazes de ler e compreender informação relevante e avaliar as opções. A questão é complexa porque há vários factores a ter em conta, que incluem o estado psicológico e emocional, que têm a ver com a severidade e estágio da doença e que facilmente podem afectar a capacidade de apreender informação.

A informação por si só não é suficiente, porque muitas vezes depende das atitudes dos profissionais de saúde, que amiúde funcionam como barreiras para os pacientes obterem informação.

Estudos demonstraram que a confiança e a verdade são particularmente debilitadas entre grupos com desvantagens, pela experiência negativa ao usar serviços médicos, o que cria um ciclo de reduzida capacidade de negociar sistemas de saúde, alcançar qualidade em saúde e acesso reduzido a cuidados de saúde.

É também sabido que a baixa literacia – e, mais concretamente, a baixa literacia em saúde – está relacionada com a pobreza, sendo por isso necessário implementar medidas para os indivíduos aumentarem as suas aptidões.

Entre 1991 e 2005 foi feita uma análise bibliométrica para analisar a investigação feita em 25 países da Europa sobre literacia na saúde e o resultado é que a totalidade destes países produziram menos de 1/3 de investigação, comparado com os Estados Unidos da América.

A Suécia, a Finlândia, a Noruega e os Países Baixos são os países com mais investigação publicada, seguidos pela Alemanha, Itália e França (Kondilis, 2006).

2.8. A situação portuguesa

Em 1996 Ana Benavente coordenou um estudo realizado pelo Instituto de Ciências Sociais, com base num protocolo com o Conselho Nacional de Educação e a Fundação Calouste Gulbenkian, sobre a literacia em Portugal. Este foi o primeiro estudo que utilizou uma metodologia de avaliação directa das competências de leitura, escrita e cálculo da população adulta (dos 15 aos 64 anos), inspirado nos trabalhos pioneiros realizados nos Estados Unidos da América e no Canadá.

O estudo feito nos Estados Unidos da América levou a declarações de “uma nação em risco” pelas reacções que provocou. Começou-se assim a falar de um novo tipo de analfabetismo que teria a ver com aprendizagens insuficientes, mal sedimentadas e pouco utilizadas na vida (Benavente, 1996).

Segundo a mesma autora, falar de literacia implica que se tenha presente que:

- a) O perfil de literacia de uma população não é algo que possa ser considerado constante, ou seja, que possa ser extrapolado a partir de uma medida temporalmente localizada;
- b) O perfil de literacia de uma população não é algo que possa ser deduzido a partir, simplesmente, dos níveis de escolaridade formal atingidos;
- c) A literacia não pode ser encarada como algo que se obtém num determinado momento e que é válido para todo o sempre;
- d) Os níveis de literacia têm de ser vistos nos quadros dos níveis de exigência das sociedades num determinado momento e, nessa medida, avaliadas as capacidades de uso para o desempenho de funções sociais diversificadas.

Verifica-se que quanto mais elevados forem os níveis de instrução de uma população, tantas mais são as hipóteses de que o seu perfil de literacia melhore. No entanto, é preciso ter em conta os vários aspectos que a seguir se enunciam.

Em primeiro lugar, é difícil estabelecer qual o nível de escolaridade que comporta as competências mínimas que permitem, em diferentes contextos, garantir a funcionalidade da vida adulta. Em segundo lugar, deve ter-se em conta que aceitar o nível de escolaridade como indicador do nível de literacia pode erradamente pressupor, por um lado, a aceitação da ideia de que só a escola fornece competências de leitura, escrita e cálculo, desprezando-se, por isso, as aprendizagens efectuadas noutros espaços. Por outro lado, pode pressupor que tais competências garantem os desempenhos de leitura, escrita e cálculo que, na vida adulta, permitem a

satisfação das necessidades dos indivíduos e ainda que tais competências uma vez adquiridas, não regredem nem progridem e, finalmente, que as exigências sociais de literacia se mantêm constantes. Ora, isto não acontece nas sociedades actuais (Benavente, 1996).

Em conclusão, este estudo aponta de forma muito directa para a escola, desde a necessidade de ensino pré-escolar e de expansão dos níveis gerais de escolaridade da população, com vista à aquisição de competências de literacia mais efectivamente sedimentadas e transponíveis para a sua utilização nos contextos de vida pessoal, profissional e cívica. Aponta ainda para a importância decisiva do ensino de adultos e da educação permanente.

Um dos resultados significativos deste estudo é, precisamente, que metade da população inquirida declara desejar melhorar as suas capacidades de leitura, escrita e cálculo.

A comparação indirecta entre estes resultados e os do primeiro estudo internacional de literacia confirma que o perfil de competências da população portuguesa é bastante reduzido. Considerando apenas os seis países que participaram no estudo *Literacy, Economy and Society: Results of the First International Adult Literacy Survey* – Alemanha, Canadá, Estados Unidos da América, Países Baixos, Polónia, e Suécia – os resultados de Portugal aproximam-se apenas dos da Polónia, os quais, por sua vez, demonstraram uma distribuição de competências de literacia largamente mais reduzida do que a dos restantes países (Costa, 1998).

A literacia não é um fenómeno de tudo ou nada (Cippola, 1969). Entre as pessoas incapazes por completo de ler e escrever, por um lado, e aquelas que são plenamente competentes da leitura e da escrita, por outro, existe um conjunto populacional mais ou menos vasto. O peso percentual, os atributos sociais e os perfis de competências respectivos têm sido variáveis consoante a época e o contexto social.

Nas sociedades contemporâneas, nomeadamente na portuguesa, encontram-se nesse conjunto, de fronteiras difusas e instáveis, desde indivíduos que só sabem escrever o nome ou que apenas conseguem soletrar com enormes dificuldades, até muitos outros que, não sendo tão drasticamente desprovidos de competências neste domínio, apresentam no entanto, níveis e tipos diversos de limitações significativas na capacidade de fazer uso corrente da leitura e da escrita, nas diversas situações da vida social de hoje em dia (Costa, 1998).

Na sociedade portuguesa, a perspectiva de generalização da literacia só chegou pela via da universalização do ensino formal obrigatório, particularmente tardio face ao contexto europeu. Ora, as práticas de literacia não decorrem num vácuo social abstracto, antes se inscrevem sempre em determinados quadros sociais e culturais envolventes. Tendem a fazer par-

te de sistemas estruturados de práticas e a apresentar contornos dependentes dos contextos em que ocorrem (Costa, 1998).

Nas sociedades contemporâneas, os modos de vida não são algo de unívoco, estritamente auto-contido e definitivo: dependem dos recursos de que se dispõe (culturais ou materiais), confrontam-se com outros modos de vida e podem mudar com o tempo. Há, pois, conjuntos de práticas quotidianas e estratégias de vida que se conseguem desenvolver e, do mesmo modo, outros a que se não tem acesso, embora façam parte do quadro de necessidades e possibilidades do mundo social com o qual as pessoas se vêem postas em interacção cada vez mais ampla e intensa.

Há alguns anos, a palavra literacia não fazia parte do léxico corrente dos portugueses. Após a divulgação dos resultados preliminares do Estudo Nacional de Literacia, em 1995 e do impacto público que tiveram, o termo generalizou-se. Mais do que a palavra, no entanto, interessa o conceito, em particular a focagem, não tanto nos graus formais de ensino obtidos, mas naquilo que se é capaz de fazer e se faz de facto, isto é, na “capacidade de uso efectivo, na vida quotidiana, de competências operatórias básicas de leitura, escrita e cálculo”.

A popularização da palavra levou mesmo, como aliás aconteceu em diversos países, à sua generalização a outros tipos de saberes e competências como literacia em saúde.

2.9. Escola Nacional de Saúde Pública

Segundo esta instituição de ensino portuguesa, as competências de literacia em saúde das pessoas incluem:

- 1 – Competências básicas em saúde que facilitam a adopção de comportamentos protectores da saúde e de prevenção da doença, bem como o auto-cuidado.
- 2 – Competências do doente para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro activo dos profissionais.
- 3 – Competências enquanto consumidor, para tomar decisões de saúde na selecção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso seja necessário.
- 4 – Competências como cidadão, através de comportamentos informados, como o conhecimento dos seus direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes.

A literacia em saúde, segundo o relatório do Instituto de Medicina, baseia-se na interacção entre as aptidões dos indivíduos e os respectivos contextos de saúde, o sistema de educação e os factores sociais e culturais em casa, no trabalho e na comunidade. Assim, a respon-

sabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deveria ser compartilhada entre vários sectores.

Outro aspecto fundamental é o do estabelecimento de redes de conhecimento entre cientistas e profissionais do nível operacional de forma a reunir evidência que suporte políticas e intervenções capazes de ultrapassar barreiras sociais para a saúde. As redes deverão abranger temas como desenvolvimento infantil, condições de trabalho, aspectos inerentes à globalização, factores determinantes da saúde, sistema de saúde como um determinante social, urbanismo, exclusão social e políticas sobre os determinantes da saúde.

Assim, para além dos três sectores principais que devem assumir responsabilidade pela literacia em saúde (*National Academy of Sciences*, 2003), nomeadamente o sistema educativo, o sistema de saúde e o sistema cultural, existem outros sectores sociais que têm de estar envolvidos. Faz-se notar que o contributo do sector privado pode ser crítico neste processo, sendo certo que a sustentabilidade das políticas sobre os determinantes sociais ao nível nacional depende do apoio da sociedade civil e das comunidades. Isto requer que o desenvolvimento de estratégias deva ser feito em colaboração com a sociedade civil de forma a assegurar que as necessidades e o conhecimento das comunidades apoiem o processo de mudança no país.

2.9.1. Algumas regras para redesenhar os processos de cuidados de saúde

Segundo a Escola Nacional de Saúde Pública, podemos identificar dez regras fundamentais que permitem oferecer os melhores cuidados em saúde:

1 – Cuidados baseados numa relação de continuidade: os doentes devem receber cuidados sempre que deles necessitem sob várias formas, não apenas em visitas presenciais face a face; esta regra implica que o sistema de cuidados de saúde responda em todas as circunstâncias (24 horas por dia, todos os dias) e que o acesso aos cuidados seja proporcionado através da Internet, por telefone ou por outras modalidades.

2 – Atendimento baseado nas necessidades e valores dos doentes: o sistema de saúde deve ser preparado para ir de encontro aos tipos mais comuns de necessidades, tendo a capacidade de responder às escolhas e preferências individuais.

3 – O doente como um recurso de controlo: os doentes devem receber a informação necessária e ter a oportunidade de decidir sobre as questões de saúde que os afectam; o sistema de saúde deve ser capaz de se ajustar a diferenças nas preferências dos doentes e encorajar a tomada de decisão partilhada.

4 – Partilha do conhecimento e fluir livre da informação: os doentes devem ter livre acesso à informação médica e conhecimento clínico sobre a sua situação; clínicos e doentes devem comunicar efectivamente e partilhar informação.

5 – Tomada de decisão baseada na evidência: os doentes devem receber cuidados baseados no melhor conhecimento científico disponível.

6 – Segurança como um sistema de propriedade: os doentes devem ter seguro relativamente a qualquer dano provocado pelo sistema de saúde.

7 – Necessidade de transparência: o sistema de cuidados de saúde deve ter disponível para os doentes e as suas famílias a informação que lhes permita tomar decisões informadas quando vão seleccionar um plano de saúde, um hospital ou clínica, ou escolher tratamentos alternativos.

8 – Antecipação de necessidades: o sistema de saúde deve antecipar necessidades dos doentes, para além de simplesmente reagir a acontecimentos.

9 – Constante diminuição de desperdícios: o sistema de saúde não deve desperdiçar recursos ou tempo ao doente.

10 – Cooperação entre os clínicos: profissionais e instituições devem colaborar activamente e comunicar de forma a assegurar uma troca adequada de informação e coordenação dos cuidados de saúde prestados ou disponíveis.

2.10. Plano Nacional de Saúde 2004-2010

O Plano Nacional de Saúde foi elaborado pelo Ministério da Saúde e amplamente discutido no início da década de 2000, para ser desenvolvido a partir de 2004 e com metas estabelecidas para 2010.

Pensado de forma exemplar, tem três objectivos estratégicos:

- Obter ganhos em saúde;
- Centrar a mudança no cidadão;
- Garantir os mecanismos adequados à sua execução.

Construído com base na família e no ciclo de vida (nascer com saúde, crescer com segurança, uma juventude à procura de um futuro saudável, uma vida adulta produtiva e um envelhecimento activo), propõe que seja desenvolvido junto do cidadão nos infantários, nas escolas e universidades, nos locais de trabalho e de lazer, nos centros de saúde hospitalares e nas prisões de forma alargada e abrangente. Desenvolve, ainda, uma abordagem à gestão integrada da doença.

Apesar das directrizes sobre literacia em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, os Indicadores e Metas do *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* (PNS), não fazem nenhuma referência a literacia em saúde.

2.11. Desenvolvimentos recentes

A mais recente publicação sobre literacia em saúde é o *Heath literacy revisited: what do we mean and why does it matter*, da autoria de Anita Pearson e Margo Saunders.

Baseado na premissa geralmente aceite que a literacia em saúde se refere ao acesso, compreensão e uso de informação para tomar decisões em saúde, alerta para o facto de – apesar da sua introdução no Glossário de Promoção da Organização Mundial da Saúde – o termo manter um conceito confuso.

No texto são consideradas várias definições e medidas de literacia em saúde na literatura internacional e discutida a diferença entre o conceito lato de literacia em saúde (aplicável à vida diária) e literacia médica (relacionada com os indivíduos como pacientes dentro dos sistemas de saúde). É também sublinhada a importância da literacia em saúde relacionada com a promoção em saúde e saúde preventiva:

“A literacia em saúde envolve conhecimento, motivação e activismo, é um tema complexo de medir e de influenciar. O desenvolvimento de políticas sobre literacia na saúde será facilitado por melhor evidência em dimensão, padrões e impacto da baixa literacia em saúde. Porém, a corrente falta de consenso de definições e medidas sobre literacia em saúde deverá primeiro ser ultrapassada” (Pearson e Saunders, 2009).

3. A escolarização

“Durante três séculos, a sociedade ocidental celebrou a cura mágica da escolarização de massas. Qualquer que fosse a maleita económica ou social – uma progressão lenta na produtividade, a erosão da organização comunitária, injustiças intratáveis, ou mesmo discriminação sexual –, aparentemente tudo podia ser remediado por mais educação.” (Fuller e Robinson, 1992).

A consolidação do modelo escolar no mundo ocidental entre os séculos XVI e XVIII é fruto de um longo processo, sob a tutela das igrejas cristãs. Mas o Século das Luzes, com as suas profundas transformações económicas, sociais e políticas, exige rupturas importantes no campo educativo. Em muitos países, o Estado toma o lugar da Igreja no controlo da educação e torna-se o mais importante agente de expansão da instituição escolar (Teodoro, 2003).

A progressiva expansão da escola a todas as camadas e grupos sociais conduziu à consolidação de modelos de organização escolar capazes de abranger um cada vez maior número de alunos.

3.1. O desenvolvimento da literacia e a escolarização

O termo ‘escola’ tem a sua origem num vocábulo grego que significa tempo livre ou recreio. Nas sociedades pré-industriais, a instrução só estava ao dispor dos poucos que tivessem dinheiro e tempo para a mesma. O clero era normalmente o único grupo alfabetizado, usando os seus conhecimentos para ler e interpretar os textos sagrados.

Outra razão por que tão poucos eram capazes de ler residia no facto de todos os textos terem de ser copiados à mão, sendo por isso escassos e dispendiosos. A invenção da imprensa em 1454 por Gutenberg ampliou grandemente a oferta de textos e documentos. O uso crescente de documentos escritos, em muitas e diferentes esferas da vida, deu origem a índices mais elevados de literacia do que anteriormente. A educação, na sua forma moderna, que envolve a instrução de alunos em espaços construídos para o efeito, começou gradualmente a emergir. Não obstante, até um século e meio atrás, a maioria da população continuava a não dispor de qualquer instrução.

As mais antigas escolas primárias estabeleceram-se nos países europeus e nos Estados Unidos da América, nas primeiras décadas do século XIX (Giddens, 2000).

3.2. Como avaliar a literacia em saúde

Nos Estados Unidos da América foram desenvolvidos alguns testes para avaliar a literacia em saúde, dos quais se fará uma breve descrição.

3.2.1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

O *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)* foi desenvolvido por Terry C. Davis, Professor de Medicina e Pediatria da Universidade Estadual de Luisiana em Shreveport. É um teste de reconhecimento de palavras que pode ser completado em dois minutos e que avalia capacidades de leitura básicas. Os pacientes lêem uma lista de sessenta e seis palavras relacionadas com a saúde, progressivamente mais difíceis e recebem um ponto por cada palavra que pronunciam correctamente.

3.2.2. Test of Functional Health Literacy in Adults

O *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)*, desenvolvido na Universidade Estadual da Geórgia, mede a literacia funcional usando materiais de cuidados de saúde, incluindo informação para o paciente, receitas, impressos para registos e instruções para testes de diagnóstico. Também avalia numeracia e compreensão de leitura, com um total de sessenta e sete itens. A escala de numeracia, usada para medir a capacidade de ler e compreender números tem dezassete itens. A escala de compreensão de leitura, usada para medir a capacidade dos pacientes para ler e compreender frases relacionadas com saúde, contém cinquenta itens. Esta escala utiliza o teste de Cloze, uma técnica que apresenta frases ao paciente onde faltam palavras; o paciente deve seleccionar a palavra apropriada em falta de uma lista de quatro possíveis respostas. Só uma das escolhas é correcta em relação à gramática ou ao contexto da frase.

A escala de compreensão de leitura é respondida pelo paciente, enquanto a de numeracia é feita por entrevista. Cada item respondido correctamente vale um ponto e os incorrectos valem zero.

Para ser interpretada, a escala é convertida de 0-100 e os pacientes com um total de 59 ou abaixo são considerados como tendo inadequada literacia em saúde; entre 60-74 com literacia em saúde marginal; a partir de 75 têm adequada literacia em saúde.

Há duas versões adicionais do *TOFHLA*. A versão pequena (*s-TOFHLA*) pode ser aplicada em doze minutos, já que contém apenas quatro itens de numeracia e trinta e seis itens de compreensão de leitura. Existe também a versão espanhola do teste normal (*TOFHLA-S*), o que se explica pelo facto de grande parte da população norte-americana ter este idioma como língua materna, sendo certo que, enquanto minoria, está mais exposta às condicionantes *supra* enumeradas.

3.2.3. Newest Vital Sign

O *Newest Vital Sign* foi desenvolvido por investigadores da Universidade da Carolina do Norte e da universidade do Arizona – financiados por bolsas da Pfizer – e tem a vantagem de necessitar apenas de três minutos para completar. É assim chamado por encorajar os profissionais de saúde a avaliar a literacia dos pacientes quando medem a pressão arterial ou outros sinais vitais. Consta de uma avaliação com seis perguntas, baseada no rótulo nutritivo de um gelado, valorizando desta forma as competências de leitura e cálculo.

3.2.4. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy

Questionário desenvolvido por Lisa D. Chew e outros para identificar pacientes com inadequada ou marginal literacia em saúde. Consiste em 16 perguntas com uma escala de Likert de 5 itens. Este estudo foi publicado pela revista *Family Medicine* em Setembro de 2004. Deve ter-se em conta que este questionário serviu de base ao estudo em que consiste a parte seguinte deste trabalho, pelo que será aí analisado mais em pormenor.

4. Perspectiva metodológica utilizada na investigação

4.1. O papel do investigador nas práticas científicas

A ciência em geral, enquanto actividade produtora de conhecimento, sempre dedicou particular atenção à construção e organização dos seus métodos e à delimitação dos seus objectos de estudo. A operacionalização das diversas tarefas ou etapas científicas, durante o percurso de qualquer investigação, pode até ser vista como uma arte. A sua realização deve ser exercida com inspiração, por vocação ou dependendo de um dom (Weber, 2002: 63).

Os diversos campos científicos são formas de conhecimento especializado, estruturados em termos de pensamento, que exigem profundas reflexões sistematizadas e de onde raramente se obtêm resultados imediatos. A sua principal particularidade é a utilização de métodos específicos, elaborados tecnicamente, para as suas avaliações (investigações). Talvez seja esta uma das principais distinções entre ciência e senso comum. O conhecimento leigo vive na ilusão do saber imediato. Este é uma forma de conhecimento não sistematizado, livre e descomprometido. A ruptura epistemológica entre ciência e senso comum distingue os saberes científicos (profissionais) dos saberes leigos (amadores).

Boaventura de Sousa Santos lembra que a caracterização do senso comum é habitualmente efectuada a partir da ciência; logo, é natural que esteja saturada de negatividade e enviesamento. Este autor fala-nos na emergência da segunda ruptura epistemológica que reaproxima o conhecimento científico ao senso comum. “Assim sendo, o processo histórico da crise final do paradigma da ciência moderna iniciou-se já e iniciou-se pela crise da epistemologia.” (Santos, 1995: 39)

Podemos igualmente afirmar que é na fase metodológica que o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Fortin, 1999).

4.2. Tipo de estudo

Para a abordagem metodológica para a condução deste trabalho de investigação escolhemos um estudo exploratório, dado que houve necessidade de pesquisar na literatura para construir o quadro base de análise. Este estudo é descritivo – porque a finalidade dos estudos descritivos é obter informação acerca do estado actual do fenómeno de interesse (Polit e Hungler, 1991) – e do tipo quantitativo.

4.3. População alvo e técnica de amostragem

A população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo em comum uma ou mais características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação (Fortin, 1999). A população deste estudo é composta por utentes do Serviço de Imagiologia do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (Hospital de São José), em Lisboa.

A amostra é um subconjunto da população ou uma fracção convenientemente seleccionada dessa população (Markoni e Lakatos, 2002). Nesta investigação a amostra seleccionada é de conveniência e não probabilística, pois os sujeitos em estudo foram seleccionados com base em critérios pré-definidos.

Deste modo, para a selecção da amostra do nosso estudo foram definidos os seguintes critérios inclusivos:

- Pacientes que efectuem exames de Tomografia Computorizada (TC) provenientes da consulta externa;
- Idade mínima de 16 anos.

Como critério de exclusão foi determinado que não podiam efectuar exame de TC de crânio.

O total da amostra era de cem pacientes.

4.4. Instrumento de colheita de dados

Esta fase do trabalho de investigação consiste na construção do instrumento capaz de recolher ou de produzir a informação prescrita pelos indicadores. Esta operação apresenta-se de diferentes formas, consoante se trate de uma observação directa ou indirecta (Quivy, 2005).

No caso da observação indirecta, o investigador dirige-se ao sujeito para obter a informação procurada. Ao responder às perguntas, o sujeito intervém na produção da informação. Esta não é recolhida directamente, sendo, portanto, menos objectiva. Na realidade, há aqui dois intermediários entre a informação procurada e a informação obtida: o sujeito, a quem o investigador pede que responda, e o instrumento, constituído pelas questões a colocar.

Estas são duas fontes de deformação e de erros que será preciso controlar para que a informação obtida não seja falseada, voluntariamente ou não.

Na observação indirecta, o instrumento de observação é um questionário ou um guião de entrevista. Um e outro têm como função produzir ou registar as informações requeri-

das pelas hipóteses e prescritas pelos indicadores (Quivy, 2005). No presente estudo, a autora utilizou um questionário de Lisa D. Chew, publicado pela revista *Family Medicine* em Setembro de 2004, devidamente adaptado para a língua portuguesa, o “Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy”.

Segundo Quivy (2005), um questionário consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores.

O presente questionário tem dezasseis perguntas relacionadas com literacia em saúde, cada uma com cinco itens numa escala de Likert. No final tem questões para recolher dados sociodemográficos (sexo, idade e habilitações académicas).

O questionário é apresentado no anexo I.

4.5. Procedimentos de recolha de dados

De acordo com Fortin (1999), o pré-teste é uma medida tomada antes que a intervenção ou tratamento seja aplicado. Também Lakartos e Marconi (2002) referem ser a forma de testar os instrumentos de pesquisa antes de aplicados definitivamente sobre uma pequena parte da população ou amostra, pretendendo-se saber informações sobre dificuldades encontradas para responder às questões. Desta forma, pretendíamos testar a perceptibilidade e a compreensibilidade das questões. Foram entregues dez questionários como pré-teste. Constatámos que as questões eram claras e compreensíveis.

4.5.1. Organização e tratamento de dados

Formalizámos o pedido por escrito ao director de serviço de Imagiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central (Anexo II) e à Comissão de Ética (Anexo III) O horizonte temporal de entrega de questionários decorreu durante o mês de Maio de 2009.

Após a fase de colheita de dados, numerámos os questionários para sabermos se a amostra estava completa. Escolhemos uma abordagem quantitativa para a análise dos dados, por considerarmos que seria a mais adequada ao tipo de estudo. Com o apoio do Gabinete de Estatística da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa foi criada uma base de trabalho que permitiu obter os resultados (Anexo IV) e feito todo o tratamento estatístico com recurso ao programa informático SPSS para Windows, versão 17.0.

5. Análise e tratamento da informação recolhida

5.1. Organização, análise e discussão dos resultados

Para o trabalho empírico foi escolhido um questionário da autoria de Lisa D. Chew, devidamente adaptado para a língua portuguesa. O original foi publicado pela primeira vez na revista *Family Medicine* em Setembro de 2004. É um questionário de “administração directa” pois é preenchido pelo próprio inquirido. Consta de dezasseis perguntas relacionadas com literacia em saúde, cada uma com cinco itens numa escala de Likert. No final, existem ainda questões para recolher dados sociodemográficos (sexo, idade e habilitações académicas). Os dados biográficos recolhidos são os estritamente necessários para a análise a levar a cabo, sendo suficientemente precisos para tal fim. Não é recolhida informação desnecessária e que possa pôr em causa o anonimato dos inquiridos.

O tratamento das variáveis foi feito com recurso ao programa informático SPSS para Windows, versão 17.0 e, para agilizar o procedimento estatístico, a cada questão foi dado um número, obtendo-se assim dezasseis variáveis dependentes. Em relação aos cinco itens da escala de Likert, foi dado o valor um para a resposta “Nunca,” o valor dois para a resposta “Ocasionalmente,” o valor três para a resposta “Às vezes”, o valor quatro para a resposta “Frequentemente” e o valor cinco para a resposta “Sempre”.

Inicialmente foi feita análise descritiva a que se seguiu análise factorial para tratamento dos dados.

Foram entregues cem questionários.

5.2. Estatística descritiva

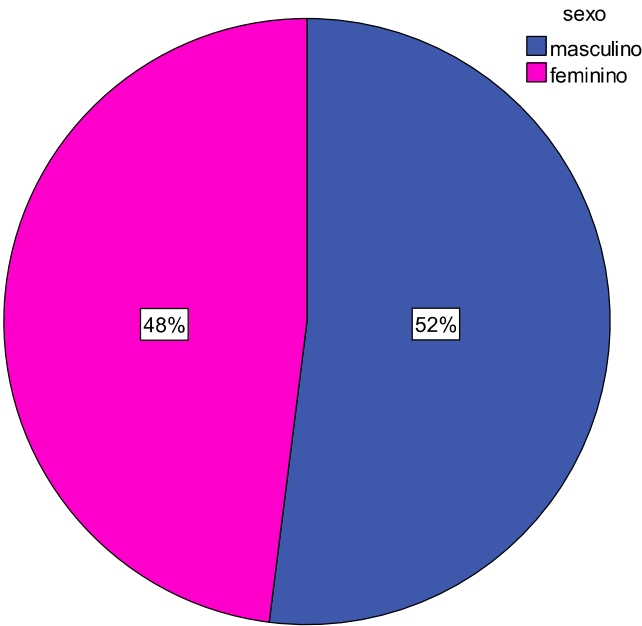


Gráfico 1: distribuição por sexo

Dos inquiridos, 48% são do género feminino e 52% são do género masculino.

Variables	Statistics								
	N		Mean	Median	Mode	Std. Deviation	Variance	Minimum	Maximum
	Valid	Missing							
sexo	100	0	1,48	1,00	1	,502	,252	1	2

Tabela 1: variável sexo

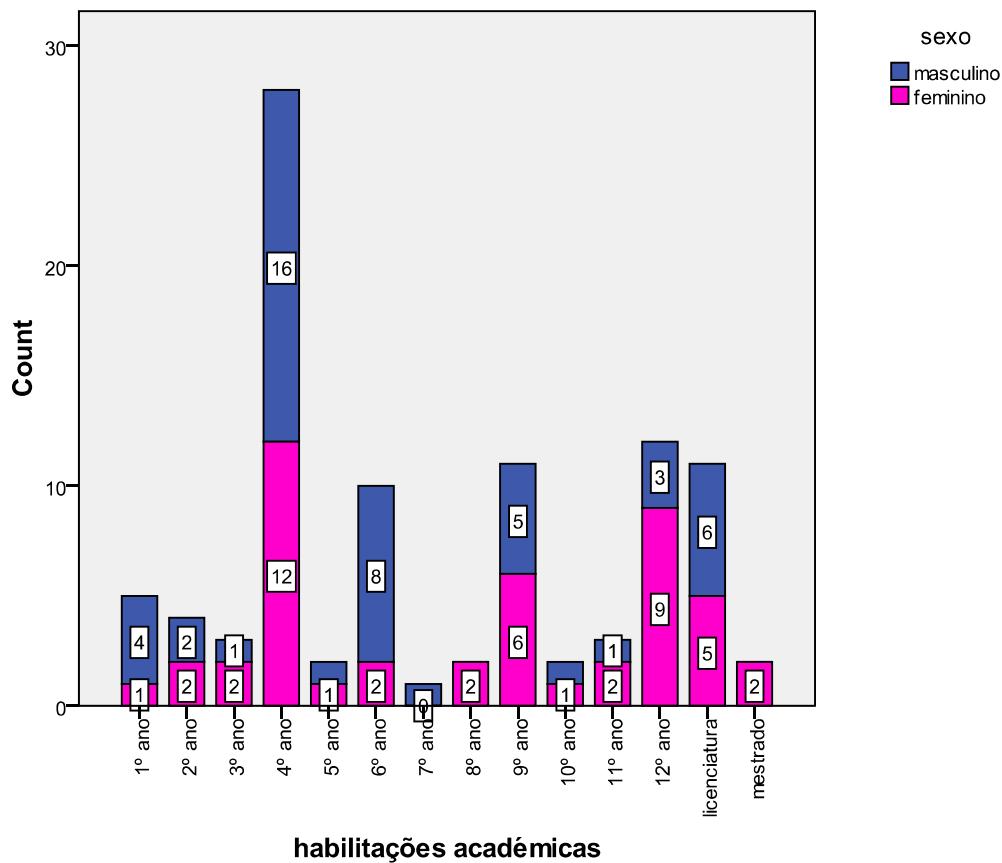


Gráfico 2: habilitações académicas por sexo

A maioria dos inquiridos, quer população masculina ou feminina, tem como habilitações académicas o 4.º ano.

O 7.º ano é exclusivamente masculino.

O mestrado é exclusivamente feminino.

			Variables
			Habilitações académicas
Sexo	Statistics		
Masculino	N	Valid	49
		Missing	3
	Mean		7,43
	Median		7,00
	Mode		5
	Std. Deviation		3,780

			Variance	14,292
			Minimum	2
			Maximum	14
Feminino	N	Valid	47	
		Missing	1	
	Mean		9,06	
	Median		10,00	
	Mode		5	
	Std. Deviation		4,035	
	Variance		16,278	
	Minimum		2	
	Maximum		15	

Tabela 2: habilitações académicas por sexo

Os homens têm maior escolaridade em média que as mulheres. As mulheres apresentam maior variância do que os homens, ou seja, os homens variam menos entre si nas habilitações académicas do que as mulheres.

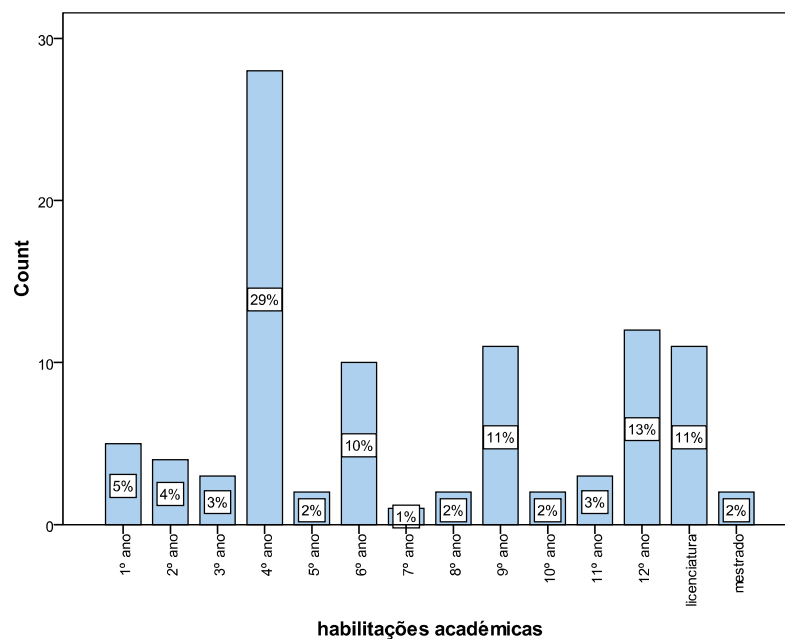


Gráfico 3: habilitações académicas

Constata-se que as habilitações académicas correspondem ao final de cada ciclo escolar: 4.º ano (29%), 6.º ano (10%), 12.º ano (13%) e licenciatura (11%).

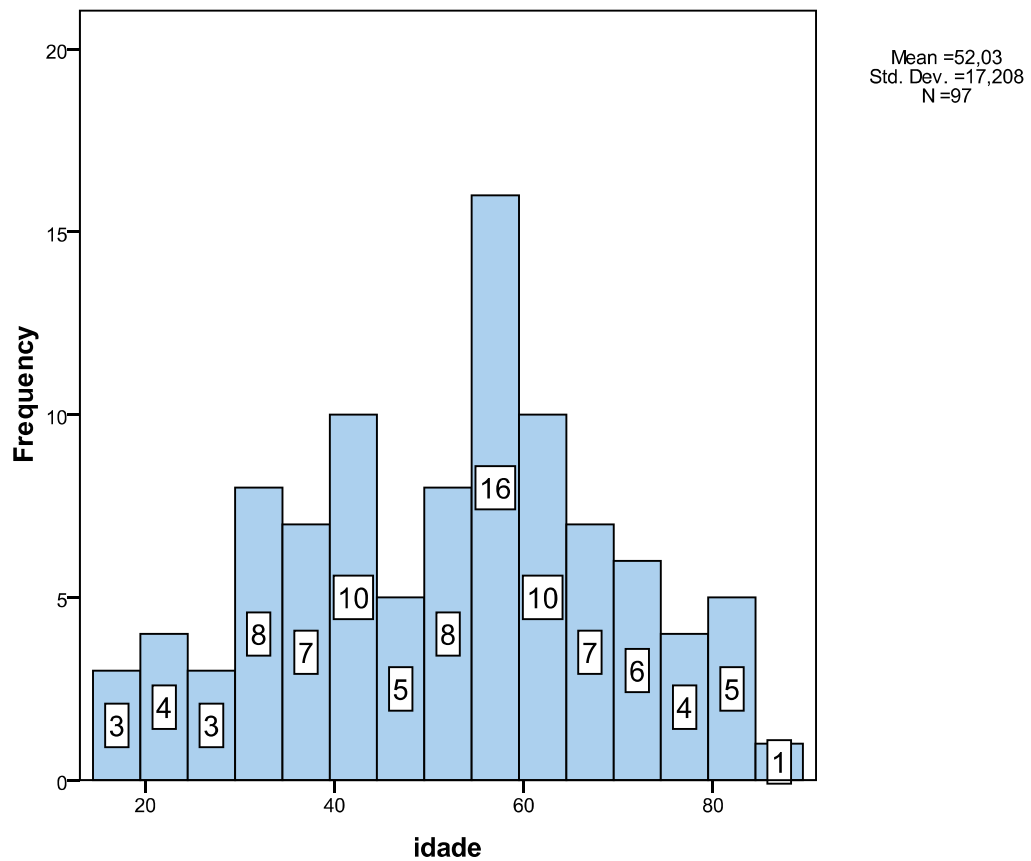


Gráfico 4: Idade

Em média a amostra apresenta uma idade de 52 anos com um desvio padrão de mais ou menos 17 anos.

Ranks				
	sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
variável 1	masculino	49	47,83	2343,50
	feminino	47	49,20	2312,50
	Total	96		
variável 2	masculino	50	52,75	2637,50
	feminino	47	45,01	2115,50
	Total	97		
variável 3	masculino	50	50,05	2502,50
	feminino	47	47,88	2250,50
	Total	97		
variável 4	masculino	49	49,98	2449,00
	feminino	48	48,00	2304,00
	Total	97		
variável 5	masculino	49	52,22	2559,00
	feminino	47	44,62	2097,00
	Total	96		
variável 6	masculino	50	50,82	2541,00
	feminino	45	44,87	2019,00
	Total	95		
variável 7	masculino	49	50,61	2480,00
	feminino	46	45,22	2080,00
	Total	95		
variável 8	masculino	49	50,56	2477,50
	feminino	46	45,27	2082,50
	Total	95		
variável 9	masculino	50	51,54	2577,00
	feminino	47	46,30	2176,00
	Total	97		
variável 10	masculino	50	53,93	2696,50
	feminino	48	44,89	2154,50
	Total	98		
variável 11	masculino	51	51,67	2635,00
	feminino	47	47,15	2216,00
	Total	98		
variável 12	masculino	51	49,00	2499,00
	feminino	48	51,06	2451,00
	Total	99		
variável 13	masculino	51	50,53	2577,00
	feminino	47	48,38	2274,00
	Total	98		
variável 14	masculino	52	47,21	2455,00
	feminino	46	52,09	2396,00
	Total	98		
variável 15	masculino	52	48,77	2536,00
	feminino	47	51,36	2414,00
	Total	99		
variável 16	masculino	52	49,88	2594,00
	feminino	48	51,17	2456,00
	Total	100		

Tabela 3: variável sexo

Test Statistics^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
variável 1	1118,500	2343,500	-,255	,799
variável 2	987,500	2115,500	-1,425	,154
variável 3	1122,500	2250,500	-,395	,693
variável 4	1128,000	2304,000	-,364	,716
variável 5	969,000	2097,000	-1,368	,171
variável 6	984,000	2019,000	-1,123	,261
variável 7	999,000	2080,000	-,991	,322
variável 8	1001,500	2082,500	-,977	,328
variável 9	1048,000	2176,000	-,947	,343
variável 10	978,500	2154,500	-1,789	,074
variável 11	1088,000	2216,000	-,825	,410
variável 12	1173,000	2499,000	-,368	,713
variável 13	1146,000	2274,000	-,390	,696
variável 14	1077,000	2455,000	-,873	,383
variável 15	1158,000	2536,000	-,479	,632
variável 16	1216,000	2594,000	-,228	,820

a. Grouping Variable: sexo

Tabela 4: grupo variável sexo

Não há diferença significativa entre os géneros para nenhuma das variáveis.

	Habilitações académicas	N	Mean Rank
Variável 1	1º ano	4	45,25
	2º ano	3	42,17
	3º ano	3	42,17
	4º ano	27	44,11
	5º ano	2	68,50
	6º ano	10	37,80
	7º ano	1	54,50
	8º ano	2	38,25
	9º ano	11	44,77
	10º ano	2	38,25
	11º ano	3	73,17
	12º ano	12	49,42
	licenciatura	11	58,36

	mestrado	2	38,25
	Total	93	
variável 2	1º ano	4	76,75
	2º ano	4	68,50
	3º ano	3	16,17
	4º ano	28	45,57
	5º ano	2	69,50
	6º ano	10	41,40
	7º ano	1	55,00
	8º ano	2	38,50
	9º ano	11	40,68
	10º ano	2	22,00
	11º ano	3	63,33
	12º ano	12	48,42
	licenciatura	11	54,27
	mestrado	2	55,00
	Total	95	
variável 3	1º ano	5	67,00
	2º ano	4	56,25
	3º ano	3	56,00
	4º ano	27	48,41
	5º ano	2	70,25
	6º ano	10	32,55
	7º ano	1	27,50
	8º ano	2	27,50
	9º ano	11	37,09
	10º ano	2	17,75
	11º ano	3	74,67
	12º ano	12	45,04
	licenciatura	11	59,50
	mestrado	2	57,00
	Total	95	
variável 4	1º ano	5	80,50
	2º ano	4	41,38

	3º ano	3	57,00
	4º ano	27	42,89
	5º ano	2	26,50
	6º ano	10	26,90
	7º ano	1	58,50
	8º ano	2	26,50
	9º ano	11	63,41
	10º ano	2	26,50
	11º ano	3	57,00
	12º ano	12	41,00
	licenciatura	11	63,55
	mestrado	2	58,50
	Total	95	
variável 5	1º ano	5	46,20
	2º ano	4	49,63
	3º ano	3	43,33
	4º ano	27	50,06
	5º ano	2	60,00
	6º ano	9	52,61
	7º ano	1	70,50
	8º ano	2	21,25
	9º ano	11	57,14
	10º ano	2	40,25
	11º ano	3	31,17
	12º ano	12	24,42
	licenciatura	11	59,14
	mestrado	2	50,75
	Total	94	
variável 6	1º ano	5	62,90
	2º ano	4	35,38
	3º ano	3	55,67
	4º ano	25	49,52
	5º ano	2	82,50
	6º ano	10	64,80

	7º ano	1	45,50
	8º ano	2	45,50
	9º ano	11	39,45
	10º ano	2	31,00
	11º ano	3	22,33
	12º ano	12	35,00
	licenciatura	11	44,09
	mestrado	2	46,25
	Total	93	
variável 7	1º ano	4	69,88
	2º ano	4	28,13
	3º ano	3	54,00
	4º ano	26	51,40
	5º ano	2	73,00
	6º ano	10	68,00
	7º ano	1	44,50
	8º ano	2	44,50
	9º ano	11	38,00
	10º ano	2	44,50
	11º ano	3	22,67
	12º ano	12	34,21
	licenciatura	11	40,36
	mestrado	2	45,75
	Total	93	
variável 8	1º ano	5	52,80
	2º ano	4	48,00
	3º ano	3	45,67
	4º ano	26	52,46
	5º ano	2	58,25
	6º ano	10	51,85
	7º ano	1	27,00
	8º ano	2	44,75
	9º ano	11	40,64
	10º ano	2	41,00

	11º ano	3	30,50
	12º ano	12	37,00
	licenciatura	10	49,10
	mestrado	2	53,50
	Total	93	
variável 9	1º ano	5	69,10
	2º ano	4	66,50
	3º ano	3	37,33
	4º ano	27	52,37
	5º ano	2	40,00
	6º ano	10	41,45
	7º ano	1	21,00
	8º ano	2	26,00
	9º ano	11	42,14
	10º ano	2	59,50
	11º ano	3	46,67
	12º ano	12	37,92
	licenciatura	11	53,00
	mestrado	2	47,25
	Total	95	
variável 10	1º ano	5	63,00
	2º ano	4	53,88
	3º ano	3	72,00
	4º ano	28	46,98
	5º ano	2	49,00
	6º ano	10	51,60
	7º ano	1	30,00
	8º ano	2	30,00
	9º ano	11	50,23
	10º ano	2	61,50
	11º ano	3	30,00
	12º ano	12	44,75
	licenciatura	11	42,73
	mestrado	2	58,75

	Total	96	
variável 11	1º ano	5	63,50
	2º ano	4	57,63
	3º ano	3	72,33
	4º ano	28	50,63
	5º ano	2	24,75
	6º ano	10	48,60
	7º ano	1	36,00
	8º ano	2	39,00
	9º ano	11	43,45
	10º ano	2	76,25
	11º ano	3	38,00
	12º ano	11	33,09
	licenciatura	11	45,05
	mestrado	2	62,00
	Total	95	
variável 12	1º ano	5	60,20
	2º ano	4	66,50
	3º ano	3	62,17
	4º ano	28	54,93
	5º ano	2	66,50
	6º ano	10	41,70
	7º ano	1	79,50
	8º ano	2	28,00
	9º ano	11	42,77
	10º ano	2	53,75
	11º ano	3	30,17
	12º ano	12	38,21
	licenciatura	11	40,41
	mestrado	2	53,75
	Total	96	
variável 13	1º ano	5	63,50
	2º ano	4	50,75
	3º ano	3	36,00

	4º ano	28	55,88
	5º ano	2	59,50
	6º ano	10	41,90
	7º ano	1	49,00
	8º ano	2	44,50
	9º ano	10	51,60
	10º ano	2	67,50
	11º ano	2	19,00
	12º ano	12	36,33
	licenciatura	11	30,55
	mestrado	2	67,50
	Total	94	
variável 14	1º ano	5	38,70
	2º ano	4	46,75
	3º ano	3	33,33
	4º ano	28	45,27
	5º ano	2	25,25
	6º ano	9	44,06
	7º ano	1	16,50
	8º ano	2	58,50
	9º ano	11	53,95
	10º ano	2	59,50
	11º ano	3	49,67
	12º ano	11	50,95
	licenciatura	11	58,05
	mestrado	2	38,00
	Total	94	
variável 15	1º ano	5	66,80
	2º ano	4	28,38
	3º ano	3	28,00
	4º ano	27	46,22
	5º ano	2	73,50
	6º ano	10	37,95
	7º ano	1	40,00

	8º ano	2	73,50
	9º ano	11	41,14
	10º ano	2	25,75
	11º ano	3	62,33
	12º ano	12	56,96
	licenciatura	11	55,68
	mestrado	2	40,00
	Total	95	
variável 16	1º ano	5	47,50
	2º ano	4	55,25
	3º ano	3	57,67
	4º ano	28	53,79
	5º ano	2	54,50
	6º ano	10	46,40
	7º ano	1	44,50
	8º ano	2	16,50
	9º ano	11	50,59
	10º ano	2	62,25
	11º ano	3	25,83
	12º ano	12	35,46
	licenciatura	11	50,86
	mestrado	2	62,25
	Total	96	

Tabela 5: relação entre as variáveis e as habilitações académicas

	N		Mean	Median	Mode	Std. Deviation	Variance	Minimum	Maximum
	Valid	Missing							
variável 1	96	4	3,73	4,00	4	,989	,979	1	5
variável 2	97	3	3,77	4,00	4	,941	,886	1	5
variável 3	97	3	3,66	4,00	4	1,050	1,102	1	5
variável 4	97	3	3,62	4,00	4	1,025	1,051	1	5

variável 5	96	4	2,88	3,00	4	1,371	1,879	1	5
variável 6	95	5	3,03	3,00	3	1,046	1,095	1	5
variável 7	95	5	3,06	3,00	3	1,099	1,209	1	5
variável 8	95	5	2,73	3,00	3	1,162	1,350	1	5
variável 9	97	3	3,02	3,00	3	1,164	1,354	1	5
variável 10	98	2	1,80	1,00	1	1,218	1,484	1	5
variável 11	98	2	2,42	3,00	3	1,093	1,194	1	5
variável 12	99	1	2,81	3,00	3	1,167	1,361	1	5
variável 13	98	2	2,14	2,00	1	1,140	1,299	1	5
variável 14	98	2	3,43	4,00	3	1,284	1,649	1	5
variável 15	99	1	3,96	4,00	5	1,261	1,590	1	5
variável 16	100	0	2,46	2,00	1	1,337	1,786	1	5

Tabela 6: relação entre as variáveis e as habilitações académicas

Nas variáveis 13, “Está inseguro de como tomar a medicação correcta por problemas em compreender as instruções escritas no rótulo dos frascos?” e 16, “Quantas vezes tem alguém (familiar, amigo, pessoal hospitalar) a ajudar a ler folhetos explicativos hospitalares?”, a resposta mais vezes dada foi 1 (Sempre). Na variável 15, “É capaz de seguir as instruções do rótulo de um frasco de medicamento?”, a resposta mais repetida foi 5 (Nunca). Na variável 10, “Tem dificuldade em chegar a horas à consulta médica por dificuldade em perceber instruções escritas?”, a resposta mais dada foi Nunca.

A variável 15 tem a média mais alta e a variável 10 tem a média mais baixa. Variância menos v2 e mais v5.

Test Statistics ^{a,b}			
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
variável 1	9,544	13	,731
variável 2	18,927	13	,125
variável 3	19,820	13	,100
variável 4	28,964	13	,007
variável 5	17,623	13	,172
variável 6	19,700	13	,103
variável 7	22,330	13	,050
variável 8	6,804	13	,912
variável 9	12,430	13	,493
variável 10	10,420	13	,659
variável 11	14,495	13	,340
variável 12	13,800	13	,388
variável 13	18,175	13	,151
variável 14	8,165	13	,833
variável 15	18,080	13	,155
variável 16	10,782	13	,629

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: habilitações académicas

Tabela 7: teste Kruskal Wallis

Existem diferenças significativas para a variável 4 (os folhetos explicativos para os pacientes são escritos de modo a serem fáceis de ler e compreender?), sendo que os indivíduos que responderam ter concluído o 1.º ano são os que apresentam um valor mais elevado, isto é, consideram mais que os outros que os folhetos nunca são escritos de forma a serem fáceis de ler.

5.3. Análise factorial com três factores com todas as variáveis

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,714
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	439,307
	df	120
	Sig.	,000

Tabela 8: KMO e teste de Bartlett

	Initial	Extraction
variável 1	1,000	,670
variável 2	1,000	,625

variável 3	1,000	,644
variável 4	1,000	,622
variável 5	1,000	,459
variável 6	1,000	,780
variável 7	1,000	,751
variável 8	1,000	,461
variável 9	1,000	,491
variável 10	1,000	,358
variável 11	1,000	,515
variável 12	1,000	,537
variável 13	1,000	,573
variável 14	1,000	,193
variável 15	1,000	,398
variável 16	1,000	,241

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabela 9: comunalidades

As variáveis 14 e 16 apresentam valores de extracção baixos pelo que se decidiu retirá-las do estudo.

A variável 14 (Tem confiança a preencher um boletim de saúde sozinho?) sugere capacidades emocionais.

A variável 16 (Quantas vezes tem alguém a ajudar a ler folhetos explicativos hospitalares?) tem a ver com a estrutura sociofamiliar e a capacidade emocional de se dirigir ao pessoal hospitalar.

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,917	24,480	24,480	3,917	24,480	24,480	2,968	18,550	18,550
2	2,903	18,143	42,623	2,903	18,143	42,623	2,889	18,058	36,609

3	1,497	9,354	51,977	1,497	9,354	51,977	2,459	15,368	51,977
4	1,241	7,758	59,735						
5	1,058	6,612	66,346						
6	,846	5,288	71,635						
7	,766	4,787	76,422						
8	,674	4,215	80,637						
9	,646	4,038	84,675						
10	,483	3,017	87,692						
11	,453	2,829	90,521						
12	,446	2,785	93,307						
13	,346	2,162	95,469						
14	,299	1,868	97,337						
15	,244	1,527	98,864						
16	,182	1,136	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabela 10: variância

Este modelo de análise factorial explica cerca de 52% da variância.

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
variável 1	-,140	,805	-,047
variável 2	,044	,776	,147
variável 3	,091	,797	,012
variável 4	,004	,787	-,056
variável 5	,325	,104	,585
variável 6	,096	-,008	,878
variável 7	,202	,057	,841
variável 8	,408	,047	,541
variável 9	,669	,190	,081
variável 10	,482	,034	,353

variável 11	,695	-,085	,156
variável 12	,713	-,085	,146
variável 13	,737	-,078	,152
variável 14	,187	,199	-,345
variável 15	-,363	,515	-,022
variável 16	,485	-,079	-,001

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Tabela 11: método de extracção

5.4. Análise factorial com três factores sem as variáveis 14 e 16

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,739
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	424,027
	df	91
	Sig.	,000

Tabela 12: KMO e teste de Bartlett

	Initial	Extraction
variável 1	1,000	,665
variável 2	1,000	,612
variável 3	1,000	,693
variável 4	1,000	,661
variável 5	1,000	,544
variável 6	1,000	,736
variável 7	1,000	,721
variável 8	1,000	,523
variável 9	1,000	,516
variável 10	1,000	,367
variável 11	1,000	,564
variável 12	1,000	,556
variável 13	1,000	,510
variável 15	1,000	,490

	Initial	Extraction
variável 1	1,000	,665
variável 2	1,000	,612
variável 3	1,000	,693
variável 4	1,000	,661
variável 5	1,000	,544
variável 6	1,000	,736
variável 7	1,000	,721
variável 8	1,000	,523
variável 9	1,000	,516
variável 10	1,000	,367
variável 11	1,000	,564
variável 12	1,000	,556
variável 13	1,000	,510
variável 15	1,000	,490

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabela 13: comunalidades

Depois de excluídas as variáveis 14 e 16 todos os valores de extracção são aceitáveis para a inclusão destas variáveis na análise factorial.

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,810	27,211	27,211	3,810	27,211	27,211	2,901	20,721	20,721
2	2,933	20,952	48,163	2,933	20,952	48,163	2,657	18,977	39,698
3	1,417	10,120	58,283	1,417	10,120	58,283	2,602	18,585	58,283
4	,934	6,674	64,958						
5	,889	6,349	71,307						
6	,745	5,319	76,626						
7	,701	5,009	81,635						
8	,533	3,806	85,441						
9	,454	3,245	88,685						
10	,440	3,144	91,829						

11	,378	2,697	94,526						
12	,334	2,386	96,912						
13	,250	1,785	98,697						
14	,182	1,303	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabela 14: total da variância

Este modelo de análise factorial explica cerca de 58% da variância.

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
variável 1	,803	-,060	-,130
variável 2	,762	,175	,023
variável 3	,826	-,009	,101
variável 4	,811	-,050	,043
variável 5	,077	,706	,199
variável 6	-,035	,854	,075
variável 7	,002	,831	,173
variável 8	,031	,654	,308
variável 9	,182	,118	,685
variável 10	,065	,339	,498
variável 11	-,063	,212	,718
variável 12	-,108	,083	,733
variável 13	-,077	,295	,646
variável 15	,518	,075	-,465

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Tabela 15: normalização de Kaiser

Os factores são constituídos pelas variáveis que se encontram marcadas. Foram dados novos nomes aos grupos, que advêm destes factores:

Factor 1: Capacidade de Leitura Fácil

Factor 2: Capacidade de Leitura Difícil

Factor 3: Dificuldade de Compreensão Informação Escrita.

5.5. Estatística descritiva dos três novos grupos de variáveis resultantes dos factores

	N		Mean	Std. Deviation	Variance
	Valid	Missing			
Capacidade de Leitura Fácil	100	0	18,22	4,366	19,062
Capacidade de Leitura Difícil	97	3	11,48	3,591	12,898
Dificuldade de Compreensão Informação Escrita	100	0	11,94	4,112	16,905

Tabela 16: três novos grupos de variáveis

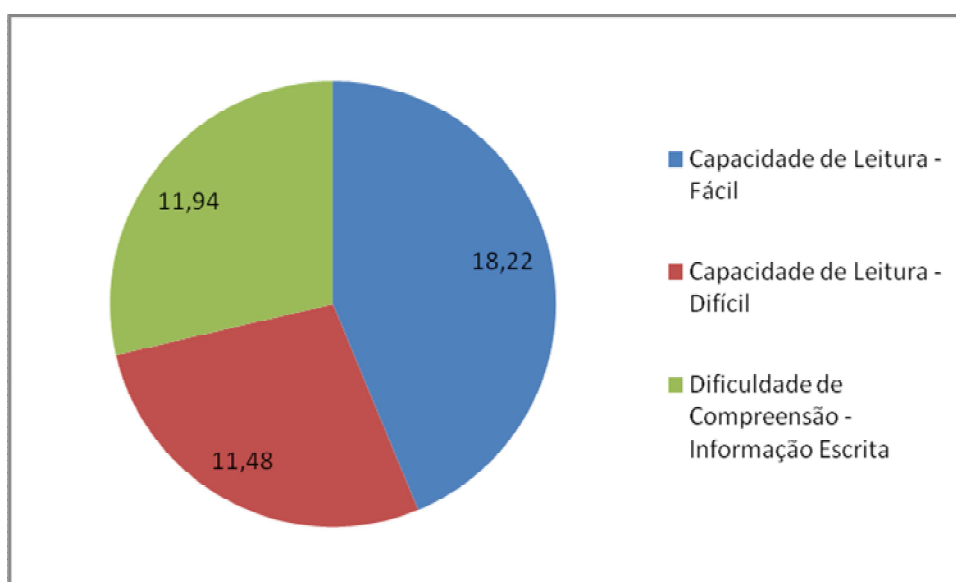


Gráfico 5: três novos grupos de variáveis

O grupo Capacidade de leitura fácil apresenta maior média que os outros dois grupos (18,22). No grupo Capacidade de leitura difícil as respostas são mais iguais entre si que nos outros dois (variância 12,9).

Conclusão

O termo “literacia em saúde” é usado há cerca de quinze anos. Mas o que significa realmente esta expressão? A literacia em saúde é só uma capacidade ou antes um conjunto de várias capacidades interligadas? Que situações requerem capacidades de literacia em saúde? E, o mais importante, quem é responsável pelo problema da literacia em saúde e pelas suas soluções?

Foi necessário basearmo-nos na literatura disponível para procurar dar resposta a estas questões, pois só desta forma foi possível tentar atingir o objectivo a que nos propusemos: oferecer um módico contributo para a melhor compreensão da literacia em saúde.

Porém, esta investigação é apenas um pequeno passo. Assim, as conclusões daqui retiradas não podem ser extrapoladas para a generalidade da população portuguesa. Não obstante, iremos em breves linhas tentar ver em que medida os resultados obtidos e a análise que deles fizemos permitem lançar pistas para o debate.

À questão de partida – qual o grau de literacia em saúde manifestado pelos utentes de um serviço de Imagiologia de uma instituição hospitalar – procurámos na revisão de literatura saber quais seriam as competências básicas da literacia em saúde. As mesmas foram descritas, entre outras, como: ser capaz de compreender gráficos e outra informação visual, ser capaz de fazer cálculos numéricos, ser capaz de interpretar resultados de testes, ser capaz de calcular doses, ser capaz de obter e aplicar informação relevante, ser capaz de analisar riscos e benefícios e ser capaz de trabalhar com computador. A capacidade de linguagem também é fundamental, pois os pacientes devem saber comunicar as suas preocupações com a saúde e descrever os sintomas correctamente.

Como limitação do estudo consideramos a amostra pequena (apenas cem participantes) e por isso dos questionários realizados só pudemos retirar algumas conclusões que decerto não são definitivas, na medida em que são muito provisórias.

Os resultados demonstram que os homens têm em média maior escolaridade do que as mulheres. A média da escolaridade (para todos os inquiridos) é o 4.º ano. O 7.º ano é exclusivamente masculino e o mestrado é exclusivamente feminino. Resulta ainda que as habilitações académicas correspondem ao final de cada ciclo escolar.

No que diz respeito às competências dos participantes na amostra, no final da análise quantitativa detectámos três grupos: capacidade de leitura fácil, capacidade de leitura difícil e

difficuldade de compreensão da informação escrita, em que o primeiro grupo apresenta a maior média relativamente aos outros dois grupos (18,22).

Assim, no essencial os resultados permitem concluir que a maioria dos utentes não têm a literacia desejável mas apenas a minimamente adequada, ou seja, não estão completamente ‘às escuras’ quando têm de interagir com informação escrita na área da saúde mas apercebem-se das suas dificuldades quando têm de ler rótulos nos frascos dos medicamentos, sentindo igualmente necessidade de recorrer a outras pessoas para as ajudarem a ler folhetos hospitalares.

Neste caso concreto, os resultados demonstram que os indivíduos que responderam ter concluído o 1.º ano de escolaridade são os que mais dificuldades têm em ler folhetos. Este resultado não difere dos estudos de referência indicados. Isto vai também de encontro à conclusão empírica de que a baixa escolaridade tem consequências na vida das pessoas em múltiplos aspectos, criando dificuldades e barreiras.

Todavia, não compete aos serviços de saúde e aos seus profissionais colmatar estas falhas. O que podem e devem fazer é tentar minimizar as desvantagens destas pessoas, explicando-lhes de forma adequada os tratamentos e intervenções a que vão ser sujeitos. Isto não é pouco e requer um esforço acrescido das pessoas e instituições. Porém, temos de nos interrogar se têm formação adequada para lidar com a situação.

Em suma, a literacia em saúde é apenas uma parte da literacia no seu todo, a qual tem de ser adquirida fundamentalmente em família e na escola. Se estas não o conseguirem de forma satisfatória, as dificuldades existirão no dia-a-dia das pessoas nas mais diversas áreas e condicionarão o seu desenvolvimento socioeconómico.

Refira-se, por último, que em resultado da investigação a autora passou a corresponder-se com Helen Osborne, fundadora e presidente da *Health Literacy Consulting*, em Massachusetts, Estados Unidos da América, reconhecida como “health literacy expert”, o que a incentivou a pretender continuar esta pesquisa a nível nacional, tornando esta dissertação apenas um ponto de partida, nunca de chegada. Só por isso, julgamos justificado o nosso esforço e o de todos os que conosco colaboraram directa ou indirectamente.

Assim, esperamos ter deixado pistas para que outros façam investigação mais completa e mais aprofundada.

Referências bibliográficas

- American Medical Association (1999). "Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs". *The Journal of the American Medical Association*, 282 (6).
- A.V. (1998). "Modernidade e educação em Portugal" in *Ler História*, n.º 35. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Baker, D.W. *et al* (2000). "Health Literacy and the risk of hospital admission". *Journal of General Internal Medicine*, 13 (12). Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497036/pdf/jgi_242.pdf.
- Barrett, S., Puryear, J., Westpheling, K. (2008). *Health literacy practices in primary care settings: examples from the field*. Nova Iorque: The Commonwealth Fund. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.commonwealthfund.org/usr_doc/Barrett_hltliteracy-practicesprimarycaresettingsexamplesfield_1093.pdf?section=4039.
- Benavente, A. (1996). *A literacia em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Conselho Nacional de Educação.
- Bennett, I.M. (1998). "Screening for low literacy among adults caregivers of pediatric patients". *Family Medicine Journal*, 35.
- Caldas, C. *et al* (1997). "Neuropsychological aspects of illiteracy". *Neuropsychological Rehabilitation*, 7 (4).
- Canadian Council on Learning (2007). *Health Literacy in Canada: Initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey*. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyinCanada.pdf.
- Chew, L., Bradley, K., Boyko, E. (2004). "Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy". *Family Medicine*, 36 (8). Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.stfm.org/fmhub/fm2004/September/Lisa588.pdf.
- Cipolla, C. (1969). *Instrução e Desenvolvimento no Ocidente*. Lisboa: Ulisseia.
- Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2.^a ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Department of Health and Human Services (2004). *Literacy and Health Outcomes*. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacy.pdf.
- Dickinson, D. (2003). "Ask the patients – they may want to know more than you think". *British Medical Journal*, 327 (7149).

- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fuller, B. e Robinson, R. (1992). *The political construction of education: the state, school expansion, and economic change*. Nova Iorque: Praeger.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gwyn, R. et al (2003). "The problem of decision-making". *Health expectations*, 6.
- Health Canada (1999). *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*.
Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report.html.
- Hunter e Harman (1979). *Adult illiteracy in the United States*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Independent Inquiry into Health Inequalities* (1998). Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm.
- International Hospital Federation (2005). *Patient Health Literacy: barriers to informed consent and shared decision-making*. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.hospitalmanagement.net.
- Kohner, N., Hill, A. (2000). *Help! Does my patient know more than me?* Londres: King's Fund.
- Kondilis, B. et al (2006) "Health literacy research in Europe: a snapshot". *The European Journal of Public Health*, 16. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em <http://eurpub.ox-fordjournals.org/cgi/reprint/16/1/113>.
- Kravitz, R. (2001). "Engaging patients in medical decision-making". *British Medical Journal*, 323.
- Markoni, M. e Lakatos, E. (2002). *Técnicas de pesquisa*. Lisboa: Atlas.
- Martins, M. (2000). *Literacia e sociedade*. Lisboa: Caminho.
- National Center for Education Statistics (2004). *Adult Literacy in America*. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em <http://nces.ed.gov/pubs93/93275.pdf>.
- National Commission on Excellence in Education (1984). *A Nation at Risk: The Imperative For Educational Reform*. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.ed.gov/pubs/NatAtRisk/index.html.
- Nielsen Bohlman, L., Panzer, A., Kindig, D., Eds., Committee on Health Literacy (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion (Executive Summary)*. The National Academies Press. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.nap.edu/napcgi/report.cgi?re-cord_id=10883&type=pdfxsum.

- Organização Mundial da Saúde (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Glossário de Promoção em Saúde*.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Active ageing: a policy framework*. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- Peerson, A. e Saunders, M. (2009). “Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?” *Health Promotion International*, 24 (3).
- Quivy, R (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Santos, B (1995). *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sihota, S. e Lennard, L. (2004). *Health literacy: being able to make the most of health*. Londres: National Consumer Council. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.ncc.org.uk/nccpdf/poldocs/NCC064_health_literacy.pdf.
- Social Policy Research Unit (2000). *Information needs of disabled young people*. Heslington: Universidade de York. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/rworks/may2000.pdf.
- Sowden, A. (2001). “Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer”. *Quality in Health Care*, 10.
- Swedish National Institute of Public Health (2006). *Healthy Ageing – A Challenge for Europe*. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.fhi.se/Page-Files/4173/Healthy_ageing.pdf.
- Teodoro, A. (2003). *Globalização e educação. Políticas educacionais e novos modos de governação*. Porto: Afrontamento.
- UNESCO (2009). *Education/Literacy*. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.unesco.org/en/literacy.
- Weber, M. (2002). *A ciência como profissão*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Williams, M.V. (1998). “Relationship of functional health literacy to patient’s knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes”. *Archives of Internal Medicine*, 158. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/158/2/166>.
- Wilson, P., Leitner, C., Moussalli, A. (2004). *Mapping the Potential of eHealth: Empowering the Citizen through eHealth Tools and Services*. Maastricht: European Institute of Public Administration. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.epractice.eu/files/download/awards/D12_Award3_ResearchReport.pdf.

Ziebland, S *et al* (2004) “How the internet affects patients’ experience of cancer: a qualitative study”. *British Medical Journal*, 328. Acedido em 1 de Outubro de 2009, em www.bmj.com/cgi/reprint/328/7439/564.

Anexo I – Questionário

Perguntas de avaliação sobre literacia em saúde

O objectivo deste questionário é recolher informação sobre literacia na saúde.

Solicita-se que o preencha e entregue quando vier realizar o seu exame.

É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.

1. Os formulários de saúde são escritos de forma a serem fáceis de ler e compreender?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
2. Os boletins de saúde são escritos de modo a serem fáceis de ler e compreender?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
3. Os rótulos dos medicamentos são escritos de modo fácil de ler e compreender?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
4. Os folhetos explicativos para os pacientes são escritos de modo a serem fáceis de ler e compreender?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
5. Os sinais dos hospitais ou clínicas são difíceis de compreender?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
6. Os formulários de saúde são difíceis de compreender?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
7. Os boletins de saúde são difíceis de compreender e completar?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
8. As instruções dos frascos dos medicamentos são difíceis de compreender?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
9. Tem dificuldade em compreender informação escrita que o seu profissional de saúde lhe dá?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
10. Tem dificuldade em chegar a horas à consulta médica por dificuldade em perceber instruções escritas?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐

Continua no verso ➡

11. Tem problemas em preencher boletins de saúde por dificuldade em compreender as instruções?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
12. Tem problemas em aperceber-se da sua condição médica por dificuldade em perceber informação escrita?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
13. Está inseguro de como tomar a medicação correcta por problemas em compreender as instruções escritas no rótulo dos frascos?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
14. Tem confiança a preencher um boletim de saúde sozinho?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
15. É capaz de seguir as instruções do rótulo de um frasco de medicamento?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐
16. Quantas vezes tem alguém (familiar, amigo, pessoal hospitalar) a ajudar a ler folhetos explicativos hospitalares?
Sempre..... ☐ Frequentemente..... ☐ Às vezes..... ☐ Ocasionalmente..... ☐ Nunca..... ☐

Dados pessoais

Sexo M ☐ F ☐ Idade (dados recolhidos apenas para este efeito)

Habilitações académicas Sem escolaridade ☐

Ensino básico – 1.º ciclo 1.º ano ☐ 2.º ano ☐ 3.º ano ☐ 4.º ano ☐

Ensino básico – 2.º ciclo 5.º ano ☐ 6.º ano ☐

Ensino básico – 3.º ciclo 7.º ano ☐ 8.º ano ☐ 9.º ano ☐

Ensino secundário 10.º ano ☐ 11.º ano ☐ 12.º ano ☐

Ensino Superior Licenciatura..... ☐ Mestrado ☐ Doutoramento..... ☐

Obrigado por preencher este questionário

Instituição

CHLC

Data

Conferido

N.º

/100

Por favor deixe estes campos em branco

**Anexo II – Pedido ao director de serviço de
Imagiologia do Centro Hospitalar de Lisboa
Central, EPE**

Lisboa, 12 de Agosto de 2008

Exmo. Senhor

Director do Serviço de Imagiologia

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Maria Margarida Meneses de Carvalho Finuras Monteiro, técnica de Radiologia a exercer funções no serviço de Imagiologia e actualmente a frequentar Mestrado em Ciências da Educação na Universidade Lusófona, vem requerer autorização para distribuir aos pacientes do referido serviço um questionário sobre literacia em saúde a fim de realizar a sua dissertação de mestrado.

Margarida Monteiro

**Anexo III – Pedido à Comissão de Ética do
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE**

Lisboa, 12 de Agosto de 2008

Exmo. Senhor
Presidente da Comissão de Ética
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Maria Margarida Meneses de Carvalho Finuras Monteiro, técnica de Radiologia a exercer funções no serviço de Imagiologia e actualmente a frequentar Mestrado em Ciências da Educação na Universidade Lusófona, vem requerer autorização para distribuir aos pacientes do referido serviço um questionário sobre literacia em saúde a fim de realizar a sua dissertação de mestrado.

Margarida Monteiro

Anexo IV – Base de trabalho

Com todas as variáveis

Correlation Matrix^a

	variável 1	variável 2	variável 3	variável 4	variável 5	variável 6	variável 7	variável 8	variável 9	variável 10	variável 11	variável 12	variável 13	variável 14	variável 15	variável 16
Correlação	1,000	,614	,478	,561	-,056	-,056	,019	-,033	,029	-,109	-,199	-,109	-,102	,127	,337	-,157
variável 1																
variável 2	,614	1,000	,554	,418	,155	,085	,217	,095	,131	,042	-,023	-,005	,018	,129	,227	-,033
variável 3	,478	,554	1,000	,607	,085	,040	,012	,024	,156	,148	,055	-,009	-,074	,000	,304	,038
variável 4	,561	,418	,607	1,000	,051	-,067	-,022	-,035	,106	,114	,037	-,115	-,101	,019	,325	-,107
variável 5	-,056	,155	,085	,051	1,000	,429	,413	,521	,225	,260	,259	,229	,294	,048	-,035	,187
variável 6	-,056	,085	,040	-,067	,429	1,000	,759	,368	,218	,292	,211	,236	,200	-,190	-,041	,067
variável 7	,019	,217	,012	-,022	,413	,759	1,000	,418	,239	,335	,286	,274	,282	-,096	-,100	,092
variável 8	-,033	,095	,024	-,035	,521	,368	,418	1,000	,300	,252	,331	,274	,412	-,015	-,030	,141
variável 9	,029	,131	,156	,106	,225	,218	,239	,300	1,000	,192	,356	,507	,387	,117	-,075	,134
variável 10	-,109	,042	,148	,114	,260	,292	,335	,252	,192	1,000	,352	,305	,408	-,202	-,156	,273
variável 11	-,199	-,023	,055	,037	,259	,211	,286	,331	,356	,352	1,000	,439	,379	,034	-,427	,149
variável 12	-,109	-,005	-,009	-,115	,229	,236	,274	,274	,507	,305	,439	1,000	,414	-,074	-,244	,287
variável 13	-,102	,018	-,074	-,101	,294	,200	,282	,412	,387	,408	,379	,414	1,000	,118	-,249	,347
variável 14	,127	,129	,000	,019	,048	-,190	-,096	-,015	,117	-,202	,034	-,074	,118	1,000	,176	-,007
variável 15	,337	,227	,304	,325	-,035	-,041	-,100	-,030	-,075	-,156	-,427	-,244	-,249	,176	1,000	-,040
variável 16	-,157	-,033	,038	-,107	,187	,067	,092	,141	,134	,273	,149	,287	,347	-,007	-,040	1,000
Sig. (1-tailed)																
variável 1		,000	,000	,000	,310	,308	,432	,384	,399	,165	,036	,164	,182	,128	,001	,079
variável 2	,000		,000	,000	,082	,224	,025	,197	,121	,352	,420	,482	,435	,123	,020	,385
variável 3	,000	,000		,000	,224	,362	,457	,417	,081	,092	,312	,470	,254	,497	,003	,368
variável 4	,000	,000	,000		,325	,276	,421	,377	,172	,153	,371	,152	,184	,432	,001	,170
variável 5	,310	,082	,224	,325		,000	,000	,000	,021	,009	,009	,019	,004	,335	,376	,046
variável 6	,308	,224	,362	,276	,000		,000	,000	,025	,004	,029	,016	,036	,043	,358	,275
variável 7	,432	,025	,457	,421	,000	,000		,000	,015	,001	,005	,006	,005	,196	,185	,205
variável 8	,384	,197	,417	,377	,000	,000	,000		,003	,011	,001	,006	,000	,446	,394	,103
variável 9	,399	,121	,081	,172	,021	,025	,015	,003		,042	,001	,000	,000	,148	,250	,115

variável I 10	,165	,352	,092	,153	,009	,004	,001	,011	,042			,001	,003	,000	,034	,081	,007
variável I 11	,036	,420	,312	,371	,009	,029	,005	,001	,001	,001			,000	,000	,379	,000	,091
variável I 12	,164	,482	,470	,152	,019	,016	,006	,006	,000	,003	,000			,000	,255	,014	,004
variável I 13	,182	,435	,254	,184	,004	,036	,005	,000	,000	,000	,000	,000			,146	,012	,001
variável I 14	,128	,123	,497	,432	,335	,043	,196	,446	,148	,034	,379	,255	,146			,057	,474
variável I 15	,001	,020	,003	,001	,376	,358	,185	,394	,250	,081	,000	,014	,012	,057			,362
variável I 16	,079	,385	,368	,170	,046	,275	,205	,103	,115	,007	,091	,004	,001	,474	,362		

a. Determinant = ,003

Inverse of Correlation Matrix

	variável el 1	variável el 2	variável el 3	variável el 4	variável el 5	variável el 6	variável el 7	variável el 8	variável el 9	variável 10	variável 11	variável 12	variável 13	variável 14	variável 15	variável 16
variável 1	2,306	-,962	-,132	-,894	,301	-,010	-,094	-,136	,111	,265	,445	-,204	-,138	-,143	-,044	,163
variável 2	-,962	2,147	-,833	,159	-,237	,342	-,646	,037	-,042	,035	,076	,044	-,046	-,133	,040	,032
variável 3	-,132	-,833	2,182	-,768	,020	-,340	,508	,014	-,177	-,231	-,268	,026	,247	,126	-,269	-,219
variável 4	-,894	,159	-,768	2,216	-,269	,351	-,072	,240	-,228	-,306	-,471	,334	,067	,198	-,413	,180
variável 5	,301	-,237	,020	-,269	1,651	-,467	,007	-,639	,058	-,049	,046	-,075	-,008	-,219	,082	-,152
variável 6	-,010	,342	-,340	,351	-,467	2,752	-,1945	,050	-,175	-,044	,007	,025	,036	,364	-,244	,143
variável 7	-,094	-,646	,508	-,072	-,007	-,1945	2,913	-,293	,025	-,275	-,199	-,078	-,020	-,073	,113	-,024
variável 8	-,136	,037	,014	,240	-,639	,050	-,293	1,728	-,154	,041	-,353	,063	-,422	,196	-,320	,083
variável 9	,111	-,042	-,177	-,228	,058	-,175	,025	-,154	1,607	,127	-,110	-,672	-,311	-,209	-,014	,084
variável 10	,265	,035	-,231	-,306	-,049	-,044	-,275	,041	,127	1,585	-,182	-,114	-,490	,294	,014	-,167
variável 11	,445	,076	-,268	-,471	,046	,007	-,199	-,353	-,110	-,182	1,931	-,430	-,058	-,333	,768	,039
variável 12	-,204	,044	,026	,334	-,075	,025	-,078	,063	-,672	-,114	-,430	1,757	-,170	,231	,018	-,243
variável 13	-,138	-,046	,247	,067	-,008	,036	-,020	-,422	-,311	-,490	-,058	-,170	1,830	-,320	,278	-,358
variável 14	-,143	-,133	,126	,198	-,219	,364	-,073	,196	-,209	,294	-,333	,231	-,320	1,326	-,387	,022
variável 15	-,044	,040	-,269	-,413	,082	-,244	,113	-,320	-,014	,014	,768	,018	,278	-,387	1,682	-,158
variável 16	,163	,032	-,219	,180	-,152	,143	-,024	,083	,084	-,167	,039	-,243	-,358	,022	-,158	1,280

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.

,714

Bartlett's Test of Sphericity

Approx. Chi-Square

439,307

df	120
Sig.	,000

Anti-image Matrices

		variáv el 1	variáv el 2	variáv el 3	variáv el 4	variáv el 5	variáv el 6	variáv el 7	variáv el 8	variáv el 9	variáv el 10	variáv el 11	variáv el 12	variáv el 13	variáv el 14	variáv el 15	variáv el 16
Anti-image Covariance	variáv el 1	,434	-,194	-,026	-,175	,079	-,002	-,014	-,034	,030	,072	,100	-,050	-,033	-,047	-,011	,055
	variáv el 2	-,194	,466	-,178	,033	-,067	,058	-,103	,010	-,012	,010	,018	,012	-,012	-,047	,011	,012
	variáv el 3	-,026	-,178	,458	-,159	,006	-,057	,080	,004	-,050	-,067	-,064	,007	,062	,044	-,073	-,078
	variáv el 4	-,175	,033	-,159	,451	-,074	,058	-,011	,063	-,064	-,087	-,110	,086	,016	,067	-,111	,064
	variáv el 5	,079	-,067	,006	-,074	,606	-,103	-,001	-,224	,022	-,019	,015	-,026	-,002	-,100	,030	-,072
	variáv el 6	-,002	,058	-,057	,058	-,103	,363	-,243	,011	-,040	-,010	,001	,005	,007	,100	-,053	,041
	variáv el 7	-,014	-,103	,080	-,011	-,001	-,243	,343	-,058	,005	-,060	-,035	-,015	-,004	-,019	,023	-,006
	variáv el 8	-,034	,010	,004	,063	-,224	,011	-,058	,579	-,055	,015	-,106	,021	-,133	,086	-,110	,038
	variáv el 9	,030	-,012	-,050	-,064	,022	-,040	,005	-,055	,622	,050	-,036	-,238	-,106	-,098	-,005	,041
	variáv el 10	,072	,010	-,067	-,087	-,019	-,010	-,060	,015	,050	,631	-,059	-,041	-,169	,140	,005	-,082
	variáv el 11	,100	,018	-,064	-,110	,015	,001	-,035	-,106	-,036	-,059	,518	-,127	-,016	-,130	,237	,016
	variáv el 12	-,050	,012	,007	,086	-,026	,005	-,015	,021	-,238	-,041	-,127	,569	-,053	,099	,006	-,108
	variáv el 13	-,033	-,012	,062	,016	-,002	,007	-,004	-,133	-,106	-,169	-,016	-,053	,547	-,132	,090	-,153
	variáv el 14	-,047	-,047	,044	,067	-,100	,100	-,019	,086	-,098	,140	-,130	,099	-,132	,754	-,174	,013
	variáv el 15	-,011	,011	-,073	-,111	,030	-,053	,023	-,110	-,005	,005	,237	,006	,090	-,174	,595	-,074
	variáv el 16	,055	,012	-,078	,064	-,072	,041	-,006	,038	,041	-,082	,016	-,108	-,153	,013	-,074	,781
Anti-image Correlation	variáv el 1	,709 ^a	-,432	-,059	-,396	,154	-,004	-,036	-,068	,058	,138	,211	-,101	-,067	-,082	-,022	,095
	variáv el 2	-,432	,695 ^a	-,385	,073	-,126	,141	-,258	,019	-,023	,019	,037	,023	-,023	-,079	,021	,019
	variáv el 3	-,059	-,385	,710 ^a	-,349	,010	-,139	,202	,007	-,094	-,124	-,131	,013	,124	,074	-,141	-,131
	variáv el 4	-,396	,073	-,349	,660 ^a	-,141	,142	-,028	,123	-,121	-,163	-,228	,169	,033	,116	-,214	,107
	variáv el 5	,154	-,126	,010	-,141	,779 ^a	-,219	-,003	-,379	,035	-,031	,026	-,044	-,004	-,148	,049	-,105
	variáv el 6	-,004	,141	-,139	,142	-,219	,656 ^a	-,687	,023	-,083	-,021	,003	,011	,016	,191	-,113	,076
	variáv el 7	-,036	-,258	,202	-,028	-,003	-,687	,691 ^a	-,131	,012	-,128	-,084	-,035	-,009	-,037	,051	-,012
	variáv el 8	-,068	,019	,007	,123	-,379	,023	-,131	,767 ^a	-,092	,025	-,193	,036	-,237	,129	-,188	,056

variável 9	,058	-,023	-,094	-,121	,035	-,083	,012	-,092	,770 ^a	,079	-,063	-,400	-,181	-,143	-,009	,059
variável 10	,138	,019	-,124	-,163	-,031	-,021	-,128	,025	,079	,796 ^a	-,104	-,068	-,288	,202	,009	-,117
variável 11	,211	,037	-,131	-,228	,026	,003	-,084	-,193	-,063	-,104	,715 ^a	-,233	-,031	-,208	,426	,025
variável 12	-,101	,023	,013	,169	-,044	,011	-,035	,036	-,400	-,068	-,233	,781 ^a	-,095	,151	,011	-,162
variável 13	-,067	-,023	,124	,033	-,004	,016	-,009	-,237	-,181	-,288	-,031	-,095	,791 ^a	-,205	,159	-,234
variável 14	-,082	-,079	,074	,116	-,148	,191	-,037	,129	-,143	,202	-,208	,151	-,205	,352 ^a	-,259	,017
variável 15	-,022	,021	-,141	-,214	,049	-,113	,051	-,188	-,009	,009	,426	,011	,159	-,259	,647 ^a	-,108
variável 16	,095	,019	-,131	,107	-,105	,076	-,012	,056	,059	-,117	,025	-,162	-,234	,017	-,108	,716 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Communalities		
	Initial	Extraction
variável 1	1,000	,670
variável 2	1,000	,625
variável 3	1,000	,644
variável 4	1,000	,622
variável 5	1,000	,459
variável 6	1,000	,780
variável 7	1,000	,751
variável 8	1,000	,461
variável 9	1,000	,491
variável 10	1,000	,358
variável 11	1,000	,515
variável 12	1,000	,537
variável 13	1,000	,573
variável 14	1,000	,193
variável 15	1,000	,398
variável 16	1,000	,241

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,917	24,480	24,480	3,917	24,480	24,480	2,968	18,550	18,550
2	2,903	18,143	42,623	2,903	18,143	42,623	2,889	18,058	36,609
3	1,497	9,354	51,977	1,497	9,354	51,977	2,459	15,368	51,977
4	1,241	7,758	59,735						
5	1,058	6,612	66,346						
6	,846	5,288	71,635						
7	,766	4,787	76,422						
8	,674	4,215	80,637						
9	,646	4,038	84,675						
10	,483	3,017	87,692						
11	,453	2,829	90,521						

variá	-	,100	,075	,009	,367	,356	,396	,389	,358	,358	,387	,392	,406	-	-	,230
vel	,056									a			,025	,165		
10																
variá	-	-	-	-	,308	,204	,266	,363	,462	,387	,515	,526	,543	,059	-	,343
vel	,173	,012	,003	,073							a				,299	
11																
variá	-	-	-	-	,308	,197	,261	,365	,473	,392	,526	,537	,555	,066	-	,352
vel	,175	,013	,002	,072							a				,306	
12																
variá	-	-	,007	-	,321	,205	,272	,379	,491	,406	,543	,555	,573	,070	-	,363
vel	,173	,005		,067									a		,311	
13																
variá	,150	,112	,171	,176	-	-	-	-	,135	-	,059	,066	,070	,193	,042	,075
vel					,120	,287	,241	,101		,025				a		
14																
variá	,467	,380	,378	,405	-	-	-	-	-	-	-	-	-	,042	,398	-
vel					,077	,059	,062	,136	,147	,165	,299	,306	,311		a	,216
15																
variá	-	-	-	-	,149	,046	,092	,193	,309	,230	,343	,352	,363	,075	-	,241
vel	,131	,040	,019	,060											,216	a
16																
Residual ^b																
variá		,003	-	-	-	,005	,041	,012	-	-	-	,066	,071	-	-	-
vel 1			,151	,075	,067				,027	,053	,026			,023	,130	,026
variá	,003	-	-	-	-	,041	-	-	-	-	-	,008	,024	,018	-	,007
vel 2			,070	,184	,026	,042		,039	,059	,058	,010				,154	
variá	-	-	-	-	,027	-	-	-	,073	,058	-	-	-	-	-	,057
vel 3	,151	,070		,020	,035	,062	,057	,057				,007	,081	,172	,073	
variá	-	-	-	,000	-	-	-	-	,105	,110	-	-	-	-	-	-
vel 4	,075	,184	,020		,011	,021	,043	,042				,042	,034	,157	,080	,047
variá	-	-	-	,000	-	-	,067	-	-	-	-	-	-	,168	,042	,038
vel 5	,067	,026	,035		,115	,150		,060	,107	,049	,079	,026				
variá	,005	-	,027	-	-	,002	-	,084	-	,007	,039	-	,096	,018	,021	
vel 6		,042		,011	,115		,146		,064			,005				
variá	,041	,041	-	-	,002	-	,025	-	,020	,012	,010	,145	-	,000		
vel 7			,062	,021	,150		,121		,062						,038	
variá	,012	-	-	,067	-	-	-	-	-	-	-	,033	,086	,106	-	
vel 8		,039	,057	,043		,146	,121	,026	,137	,032	,092				,052	
variá	-	-	-	-	,084	,025	-	-	-	,034	-	-	,071	-	-	
vel 9	,027	,059	,057	,042	,060			,026	,165	,105		,104	,018		,175	
variá	-	-	,073	,105	-	-	-	-	-	-	-	,001	-	,009	,043	
vel 10	,053	,058			,107	,064	,062	,137	,165		,035	,087		,177		
variá	-	-	,058	,110	-	,007	,020	-	-	-	-	-	-	-	-	-
vel 11	,026	,010			,049			,032	,105	,035		,087	,163	,025	,128	,194
variá	,066	,008	-	-	-	,039	,012	-	,034	-	-	-	-	,062	-	
vel 12			,007	,042	,079			,092		,087	,087		,141	,140		,065
variá	,071	,024	-	-	-	,010	,033	-	,001	-	-		,048	,062	-	
vel 13			,081	,034	,026	,005		,104		,163	,141				,016	
variá	-	,018	-	-	,168	,096	,145	,086	-	-	-	-	,048	,134	-	
vel 14	,023		,172	,157					,018	,177	,025	,140			,082	
variá	-	-	-	-	,042	,018	-	,106	,071	,009	-	,062	,062	,134		,177
vel 15	,130	,154	,073	,080			,038				,128					

variável 16	-	,007	,057	-	,038	,021	,000	-	-	,043	-	-	-	-	,177
variável 16	,026			,047				,052	,175		,194	,065	,016	,082	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. Reproduced communalities

b. Residuals are computed between observed and reproduced correlations. There are 63 (52.0%) nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05.

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
variável 1	-,140	,805	-,047
variável 2	,044	,776	,147
variável 3	,091	,797	,012
variável 4	,004	,787	-,056
variável 5	,325	,104	,585
variável 6	,096	-,008	,878
variável 7	,202	,057	,841
variável 8	,408	,047	,541
variável 9	,669	,190	,081
variável 10	,482	,034	,353
variável 11	,695	-,085	,156
variável 12	,713	-,085	,146
variável 13	,737	-,078	,152
variável 14	,187	,199	-,345
variável 15	-,363	,515	-,022
variável 16	,485	-,079	-,001

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3
1	,780	-,074	,622
2	-,015	,990	,137
3	,626	,116	-,771

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Sem as v14 e v16

Correlation Matrix^a

	variável 1	variável 2	variável 3	variável 4	variável 5	variável 6	variável 7	variável 8	variável 9	variável 10	variável 11	variável 12	variável 13	variável 15
Correlation 1	1,000	,615	,493	,564	-,062	-,073	-,008	-,040	,028	-,111	-,201	-,119	-,105	,354
variável 2	,615	1,000	,557	,426	,159	,085	,206	,101	,130	,046	-,015	-,023	,024	,241
variável 3	,493	,557	1,000	,618	,085	,026	-,017	,027	,152	,146	,056	-,043	-,069	,342

	variável 4	,564	,426	,618	1,000	,071	-,052	-,029	-,010	,104	,123	,055	-,150	-,083	,357
	variável 5	-,062	,159	,085	,071	1,000	,455	,426	,544	,219	,275	,289	,180	,316	-,011
	variável 6	-,073	,085	,026	-,052	,455	1,000	,765	,397	,212	,305	,242	,196	,224	-,032
	variável 7	-,008	,206	-,017	-,029	,426	,765	1,000	,431	,234	,341	,302	,256	,294	-,113
	variável 8	-,040	,101	,027	-,010	,544	,397	,431	1,000	,292	,268	,359	,221	,430	-,005
	variável 9	,028	,130	,152	,104	,219	,212	,234	,292	1,000	,191	,350	,495	,382	-,073
	variável 10	-,111	,046	,146	,123	,275	,305	,341	,268	,191	1,000	,364	,277	,416	-,139
	variável 11	-,201	-,015	,056	,055	,289	,242	,302	,359	,350	,364	1,000	,388	,396	-,386
	variável 12	-,119	-,023	-,043	-,150	,180	,196	,256	,221	,495	,277	,388	1,000	,374	-,280
	variável 13	-,105	,024	-,069	-,083	,316	,224	,294	,430	,382	,416	,396	,374	1,000	-,223
	variável 15	,354	,241	,342	,357	-,011	-,032	-,113	-,005	-,073	-,139	-,386	-,280	-,223	1,000
Sig. (1-tailed)	variável 1		,000	,000	,000	,287	,254	,472	,358	,399	,157	,034	,140	,171	,000
	variável 2	,000		,000	,000	,075	,222	,030	,181	,119	,339	,446	,419	,416	,014
	variável 3	,000	,000		,000	,221	,408	,438	,404	,084	,093	,305	,350	,268	,001
	variável 4	,000	,000	,000		,260	,318	,397	,462	,174	,133	,310	,087	,227	,000
	variável 5	,287	,075	,221	,260		,000	,000	,000	,023	,006	,004	,050	,002	,461
	variável 6	,254	,222	,408	,318	,000		,000	,000	,026	,002	,013	,037	,020	,385
	variável 7	,472	,030	,438	,397	,000	,000		,000	,016	,001	,003	,009	,003	,153
	variável 8	,358	,181	,404	,462	,000	,000	,000		,003	,007	,000	,021	,000	,481
	variável 9	,399	,119	,084	,174	,023	,026	,016	,003		,041	,001	,000	,000	,255
	variável 10	,157	,339	,093	,133	,006	,002	,001	,007	,041		,000	,005	,000	,103
	variável 11	,034	,446	,305	,310	,004	,013	,003	,000	,001	,000		,000	,000	,000
	variável 12	,140	,419	,350	,087	,050	,037	,009	,021	,000	,005	,000		,000	,005
	variável 13	,171	,416	,268	,227	,002	,020	,003	,000	,000	,000	,000	,000		,021
	variável 15	,000	,014	,001	,000	,461	,385	,153	,481	,255	,103	,000	,005	,021	

a. Determinant = ,004

Inverse of Correlation Matrix

	variável 1	variável 2	variável 3	variável 4	variável 5	variável 6	variável 7	variável 8	variável 9	variável 10	variável 11	variável 12	variável 13	variável 15
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15

variável 1	2,307	-,984	-,126	-,904	,311	,028	-,092	-,122	,073	,321	,419	-,161	-,129	-,082
variável 2	-,984	2,141	-,819	,165	-,264	,376	-,677	,051	-,062	,072	,041	,082	-,070	,014
variável 3	-,126	-,819	2,200	-,761	,019	-,346	,556	,022	-,153	-,304	-,237	-,051	,225	-,297
variável 4	-,904	,165	-,761	2,222	-,231	,266	-,062	,198	-,207	-,331	-,458	,372	,160	-,351
variável 5	,311	-,264	,019	-,231	1,671	-,430	-,008	-,634	,036	-,022	-,029	-,039	-,119	-,019
variável 6	,028	,376	-,346	,266	-,430	2,718	-,1976	-,034	-,122	-,110	,022	,079	,127	-,182
variável 7	-,092	-,677	,556	-,062	-,008	-,1976	2,978	-,285	,014	-,264	-,160	-,146	-,009	,158
variável 8	-,122	,051	,022	,198	-,634	-,034	-,285	1,775	-,128	,009	-,343	,074	-,377	-,282
variável 9	,073	-,062	-,153	-,207	,036	-,122	,014	-,128	1,567	,185	-,162	-,644	-,337	-,065
variável 10	,321	,072	-,304	-,331	-,022	-,110	-,264	,009	,185	1,513	-,108	-,201	-,476	,078
variável 11	,419	,041	-,237	-,458	-,029	,022	-,160	-,343	-,162	-,108	1,808	-,258	-,186	,625
variável 12	-,161	,082	-,051	,372	-,039	,079	-,146	,074	-,644	-,201	-,258	1,613	-,123	,158
variável 13	-,129	-,070	,225	,160	-,119	,127	-,009	-,377	-,337	-,476	-,186	-,123	1,660	,101
variável 15	-,082	,014	-,297	-,351	-,019	-,182	,158	-,282	-,065	,078	,625	,158	,101	1,577

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,739
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	424,027
	df	91
	Sig.	,000

Anti-image Matrices

		variável 1	variável 2	variável 3	variável 4	variável 5	variável 6	variável 7	variável 8	variável 9	variável 10	variável 11	variável 12	variável 13	variável 15
Anti-image Covariance	variável 1	,434	-,199	-,025	-,176	,081	,004	-,013	-,030	,020	,092	,100	-,043	-,034	-,022
	variável 2	-,199	,467	-,174	,035	-,074	,065	-,106	,013	-,019	,022	,010	,024	-,020	,004
	variável 3	-,025	-,174	,454	-,156	,005	-,058	,085	,006	-,044	-,091	-,060	-,014	,062	-,086
	variável 4	-,176	,035	-,156	,450	-,062	,044	-,009	,050	-,060	-,099	-,114	,104	,044	-,100
	variável 5	,081	-,074	,005	-,062	,598	-,095	-,002	-,214	,014	-,009	-,009	-,015	-,043	-,007
	variável 6	,004	,065	-,058	,044	-,095	,368	-,244	-,007	-,029	-,027	,005	,018	,028	-,042
	variável 7	-,013	-,106	,085	-,009	-,002	-,244	,336	-,054	,003	-,059	-,030	-,030	-,002	,034
	variável 8	-,030	,013	,006	,050	-,214	-,007	-,054	,563	-,046	,003	-,107	,026	-,128	-,101

	variável 9	,020	-,019	-,044	-,060	,014	-,029	,003	-,046	,638	,078	-,057	-,255	-,130	-,026
	variável 10	,092	,022	-,091	-,099	-,009	-,027	-,059	,003	,078	,661	-,039	-,082	-,190	,033
	variável 11	,100	,010	-,060	-,114	-,009	,005	-,030	-,107	-,057	-,039	,553	-,088	-,062	,219
	variável 12	-,043	,024	-,014	,104	-,015	,018	-,030	,026	-,255	-,082	-,088	,620	-,046	,062
	variável 13	-,034	-,020	,062	,044	-,043	,028	-,002	-,128	-,130	-,190	-,062	-,046	,603	,039
	variável 15	-,022	,004	-,086	-,100	-,007	-,042	,034	-,101	-,026	,033	,219	,062	,039	,634
Anti-image Correlation	variável 1	,709 ^a	-,443	-,056	-,399	,158	,011	-,035	-,060	,039	,172	,205	-,084	-,066	-,043
	variável 2	-,443	,689 ^a	-,377	,076	-,140	,156	-,268	,026	-,034	,040	,021	,044	-,037	,008
	variável 3	-,056	-,377	,727 ^a	-,344	,010	-,142	,217	,011	-,082	-,166	-,119	-,027	,118	-,159
	variável 4	-,399	,076	-,344	,683 ^a	-,120	,108	-,024	,100	-,111	-,181	-,229	,196	,084	-,187
	variável 5	,158	-,140	,010	-,120	,815 ^a	-,202	-,004	-,368	,022	-,014	-,016	-,024	-,071	-,012
	variável 6	,011	,156	-,142	,108	-,202	,677 ^a	-,695	-,015	-,059	-,054	,010	,038	,060	-,088
	variável 7	-,035	-,268	,217	-,024	-,004	-,695	,687 ^a	-,124	,006	-,125	-,069	-,066	-,004	,073
	variável 8	-,060	,026	,011	,100	-,368	-,015	-,124	,803 ^a	-,077	,006	-,191	,044	-,220	-,169
	variável 9	,039	-,034	-,082	-,111	,022	-,059	,006	-,077	,760 ^a	,120	-,096	-,405	-,209	-,041
	variável 10	,172	,040	-,166	-,181	-,014	-,054	-,125	,006	,120	,780 ^a	-,065	-,129	-,300	,050
	variável 11	,205	,021	-,119	-,229	-,016	,010	-,069	-,191	-,096	-,065	,769 ^a	-,151	-,108	,370
	variável 12	-,084	,044	-,027	,196	-,024	,038	-,066	,044	-,405	-,129	-,151	,769 ^a	-,075	,099
	variável 13	-,066	-,037	,118	,084	-,071	,060	-,004	-,220	-,209	-,300	-,108	-,075	,823 ^a	,062
	variável 15	-,043	,008	-,159	-,187	-,012	-,088	,073	-,169	-,041	,050	,370	,099	,062	,742 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Communalities		
	Initial	Extraction
variável 1	1,000	,665
variável 2	1,000	,612
variável 3	1,000	,693
variável 4	1,000	,661
variável 5	1,000	,544
variável 6	1,000	,736
variável 7	1,000	,721
variável 8	1,000	,523
variável 9	1,000	,516
variável 10	1,000	,367
variável 11	1,000	,564

variável 12	1,000	,556
variável 13	1,000	,510
variável 15	1,000	,490

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component	Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,810	27,211	27,211	3,810	27,211	27,211	2,901	20,721	20,721
2	2,933	20,952	48,163	2,933	20,952	48,163	2,657	18,977	39,698
3	1,417	10,120	58,283	1,417	10,120	58,283	2,602	18,585	58,283
4	,934	6,674	64,958						
5	,889	6,349	71,307						
6	,745	5,319	76,626						
7	,701	5,009	81,635						
8	,533	3,806	85,441						
9	,454	3,245	88,685						
10	,440	3,144	91,829						
11	,378	2,697	94,526						
12	,334	2,386	96,912						
13	,250	1,785	98,697						
14	,182	1,303	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

	Component Matrix ^a		
	1	2	3
variável 1	-,185	,791	,073
variável 2	,092	,777	,013
variável 3	,011	,807	,205
variável 4	-,057	,789	,190
variável 5	,636	,171	-,332
variável 6	,661	,092	-,540
variável 7	,711	,118	-,449
variável 8	,678	,111	-,226
variável 9	,553	,153	,433
variável 10	,586	,084	,130
variável 11	,658	-,077	,354
variável 12	,580	-,142	,446
variável 13	,668	-,073	,243
variável 15	-,306	,553	-,301

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

Reproduced Correlations														
	variável 11	variável 12	variável 13	variável 14	variável 15	variável 16	variável 17	variável 18	variável 19	variável 10	variável 11	variável 12	variável 13	variável 15
Reproduced Correlation 1	,665 ^a	,598	,651	,648	-,007	-,089	-,071	-,054	,050	-,033	-,157	-,187	-,164	,472

	variável	,598	,612 ^a	,630	,610	,187	,125	,151	,145	,175	,120	,005	-,051	,007	,398
	2														
	variável	,651	,630	,693 ^a	,675	,077	-,029	,012	,051	,218	,101	,018	-,016	-,002	,381
	3														
	variável	,648	,610	,675	,661 ^a	,035	-,068	-,033	,006	,171	,057	-,031	-,060	-,050	,397
	4														
	variável	-,007	,187	,077	,035	,544 ^a	,615	,622	,525	,234	,344	,288	,197	,331	,000
	5														
	variável	-,089	,125	-,029	-,068	,615	,736 ^a	,723	,580	,145	,325	,237	,130	,303	,011
	6														
	variável	-,071	,151	,012	-,033	,622	,723	,721 ^a	,597	,217	,368	,300	,195	,357	-,017
	7														
	variável	-,054	,145	,051	,006	,525	,580	,597	,523 ^a	,294	,377	,358	,277	,389	-,078
	8														
	variável	,050	,175	,218	,171	,234	,145	,217	,294	,516 ^a	,392	,505	,492	,463	-,215
	9														
	variável	-,033	,120	,101	,057	,344	,325	,368	,377	,392	,367 ^a	,425	,386	,416	-,172
	10														
	variável	-,157	,005	,018	-,031	,288	,237	,300	,358	,505	,425	,564 ^a	,551	,531	-,350
	11														
	variável	-,187	-,051	-,016	-,060	,197	,130	,195	,277	,492	,386	,551	,556 ^a	,506	-,390
	12														
	variável	-,164	,007	-,002	-,050	,331	,303	,357	,389	,463	,416	,531	,506	,510 ^a	-,318
	13														
	variável	,472	,398	,381	,397	,000	,011	-,017	-,078	-,215	-,172	-,350	-,390	-,318	,490 ^a
	15														
Residual ^b	variável		,017	-,157	-,084	-,056	,016	,063	,014	-,021	-,078	-,044	,068	,059	-,118
	1														
	variável	,017		-,074	-,184	-,028	-,040	,055	-,044	-,045	-,074	-,021	,029	,016	-,156
	2														
	variável	-,157	-,074		-,056	,008	,055	-,029	-,024	-,067	,045	,038	-,027	-,067	-,038
	3														
	variável	-,084	-,184	-,056		,036	,016	,004	-,016	-,067	,066	,086	-,089	-,033	-,040
	4														
	variável	-,056	-,028	,008	,036		-,160	-,196	,019	-,015	-,069	,001	-,016	-,015	-,011
	5														
	variável	,016	-,040	,055	,016	-,160		,042	-,183	,066	-,019	,006	,066	-,079	-,044
	6														
	variável	,063	,055	-,029	,004	-,196	,042		-,165	,017	-,027	,002	,060	-,063	-,096
	7														
	variável	,014	-,044	-,024	-,016	,019	-,183	-,165		-,001	-,109	,002	-,055	,040	,073
	8														
	variável	-,021	-,045	-,067	-,067	-,015	,066	,017	-,001		-,202	-,156	,003	-,081	,142
	9														
	variável	-,078	-,074	,045	,066	-,069	-,019	-,027	-,109	-,202		-,061	-,109	,000	,033
	10														
	variável	-,044	-,021	,038	,086	,001	,006	,002	,002	-,156	-,061		-,163	-,135	-,036
	11														
	variável	,068	,029	-,027	-,089	-,016	,066	,060	-,055	,003	-,109	-,163		-,132	,111
	12														
	variável	,059	,016	-,067	-,033	-,015	-,079	-,063	,040	-,081	,000	-,135	-,132		,095
	13														
	variável	-,118	-,156	-,038	-,040	-,011	-,044	-,096	,073	,142	,033	-,036	,111	,095	
	15														

Extraction Method: Principal Component Analysis.

^a Renroduced communalities

b. Residuals are computed between observed and reproduced correlations. There are 46 (50,0%) nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05.

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
variável 1	,803	-,060	-,130
variável 2	,762	,175	,023
variável 3	,826	-,009	,101
variável 4	,811	-,050	,043
variável 5	,077	,706	,199
variável 6	-,035	,854	,075
variável 7	,002	,831	,173
variável 8	,031	,654	,308
variável 9	,182	,118	,685
variável 10	,065	,339	,498
variável 11	-,063	,212	,718
variável 12	-,108	,083	,733
variável 13	-,077	,295	,646
variável 15	,518	,075	-,465

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3
1	-,064	,709	,702
2	,986	,153	-,065
3	,154	-,688	,709

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser