

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**Fatores relacionados com a Literacia para a Saúde dos alunos
do 2º e 3º ciclo de uma escola do distrito de Bragança**

Dissertação de natureza aplicada

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Mónica Batista Guimarães Sobreira

Orientador: Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho



Vila Real, 2018

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**Fatores relacionados com a Literacia para a Saúde dos alunos
do 2º e 3º ciclo de uma escola do distrito de Bragança**

Dissertação de natureza aplicada

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Mónica Batista Guimarães Sobreira

Orientador: Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Composição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Prof^a. Coordenadora, ESS – UTAD

Arguente: Professora Doutora Maria de Lourdes Gil Patrício Varandas da Costa

Prof^a. Adjunta, ESSE – Lisboa

Arguente: Especialista na Área de Enfermagem Filomena Martins Marcos Raimundo

Prof^a. Adjunta, ESS – UTAD

Vila Real, 2018

Este trabalho foi expressamente elaborado como Dissertação de natureza aplicada original, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

“Somewhere, something incredible is waiting to be known.”

Carl Sagan

À minha estrelinha lá no céu, Avó Bárbara,
sempre presente nesta longa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Amâncio de Carvalho, pelo apoio, paciência e orientação ao longo de todo este trajeto.

À Coordenadora PES da Escola EB 2, 3 de Freixo de Espada à Cinta, Professora Matilde Gouveia, pelo seu apoio na aplicação dos questionários e articulação com o restante corpo docente.

Ao Professor Doutor Luís Saboga-Nunes, pela disponibilidade em utilizar todas as suas ferramentas para este estudo.

À minha família (pais, irmã e sobrinho), pelo incentivo e compreensão da minha ausência nesta fase mais crítica de trabalho e formação.

Às amigas Norma Gondar e Filipa Fraga, pelo apoio, compreensão, incentivo e principalmente pela paciência para me ouvirem nos momentos mais difíceis.

Ao meu namorado Marcelino Sampaio, que sempre acreditaste que não sou mulher de desistir, mesmo nos momentos em que isso teria sido mais fácil, e pela força inspiradora que és!

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram e permitiram completar esta etapa.

RESUMO

O conceito de literacia para a saúde (LS) tem vindo a assumir muita importância, por se verificar que influencia o modo como as pessoas encaram a sua saúde. Diversos estudos mostram que um nível adequado ou elevado de LS melhora a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo vital. O objetivo principal deste estudo foi identificar fatores relacionados com o nível de LS dos alunos participantes no estudo.

Tratou-se de um estudo descritivo-correlacional e transversal de abordagem quantitativa, com uma amostra de 64 alunos do 2º e 3º ciclo. Para a colheita de dados foi utilizado um questionário validado para o efeito, o Questionário Europeu de Literacia para a Saúde em Português (HLS-EU-PT), que foi aplicado pela investigadora. Os dados foram inseridos e tratados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 25).

A maioria dos alunos era do sexo masculino (51,6%), pertencia ao grupo etário 13-15 anos (53,1%), frequentava o 8º ano de escolaridade (32,8%) e auferia de subsídio escolar (65,6%). A escolaridade dos pais/encarregados de educação era maioritariamente o Nível 1 (30,1%). A maioria dos inquiridos referiu participar nos Programas de Saúde Escolar (58,7%). O nível de LS dos alunos era não limitado em todas as dimensões, sendo que a categoria L. suficiente ronda os 35% em todas as dimensões, sendo de L. excelente na dimensão “Promoção da Saúde”. O nível de LS Global difere significativamente entre os grupos etários ($t: p < 0,002$), entre os diferentes anos de escolaridade, nomeadamente, entre o 5º e 9º ano de escolaridade (Post-Hoc: $p < 0,004$) e quanto à participação em PSE (KW: $p < 0,010$), sendo que os alunos mais velhos, os que frequentavam o 9º ano de escolaridade e os que participavam nos Programas de Saúde Escolar, possuíam um nível de LS global mais elevado.

Os fatores que influenciam a LS dos alunos estudados são a idade dos alunos, o ano de escolaridade e a participação em PSE. As variáveis sexo, subsídio escolar e escolaridade dos encarregados de educação não se relacionam com o índice de literacia para a saúde. Este estudo poderá contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados, no âmbito da Saúde Escolar.

Palavras-chave: Literacia para a Saúde; Alunos; Saúde Escolar; HLS-EU-PT

ABSTRACT

The concept of health literacy has become very important because it influence how people view their health. Several studies have shown that an adequate or high level of health literacy improves quality of life throughout the life cycle. The main objective of this study was to identify factors related to the LS level of the students participating in the study.

This was a descriptive-correlational and cross-sectional study with a quantitative approach, with a sample of 64 students in the 2nd and 3rd cycle. A validated questionnaire was used to collect the data, the European Questionnaire on Health Literacy Portuguese version, which was applied by the researcher. The data were inserted and treated in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 25).

The majority of the students were male (51.6%), belonged to the age group 13-15 years old (53.1%), attended the 8th year of schooling (32.8%) and had a school subsidy (65, 6%). The educational level of parents/guardians was mostly Level 1 (30.1%). Most of respondents reported participating in the School Health Programs (58.7%). The level of health literacy of the students was not limited in all dimensions, and the category sufficient literacy is around 35% in all dimensions, and excellent literacy in the "Health Promotion" dimension. Global health literacy's level differs significantly between the age groups ($t: p < 0.002$), between the different years of schooling, namely between the 5th and 9th year of schooling (Post-Hoc: $p < 0.004$) and the participation in (KW: $p < 0.010$), with the oldest students, those attending the 9th year of schooling and those participating in the School Health Programs, who had a higher overall health literacy level.

The factors influencing the level of health literacy of the studied students are the age of the students, the year of schooling and the participation in school health programs. The variables gender, school subsidy and education of the caregivers are not related to the Health Literacy Index. This study may contribute to the improvement of Nursing care provided in the field of School Health.

Keywords: Health Literacy; Students; School Health; HLS-EU-PT

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	ix
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
ÍNDICE DE TABELAS	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xix
1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1.Níveis de literacia.....	8
2.2.Literacia para a saúde versus promoção da saúde, educação para a saúde e comunicação em saúde.....	11
2.3.Literacia e capacitação	12
2.4.Adolescência, cuidados de saúde e literacia para a saúde.....	15
2.5.Literacia para a saúde e sistema de educação	18
2.6.Papel da saúde escolar na promoção da literacia para a saúde.....	20
2.7.Literacia para a saúde: estado da arte.....	22
3. METODOLOGIA	29
3.1.Tipo de estudo	29
3.2.População e amostra	29
3.3.Questões de investigação e hipóteses	30
3.4.Variáveis em estudo	31
3.5.Instrumento de recolha de dados	33
3.6.Considerações éticas e procedimento de recolha de dados	35
3.7.Tratamento e análise de dados	36

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	37
4.1.Caracterização sociodemográfica da amostra	37
4.2.Caraterização sociodemográfica dos encarregados de educação	38
4.3.Participação em Programas de Saúde Escolar	39
4.4.Nível de literacia para a saúde	41
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
5.1.Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra	69
5.2.Quanto à caraterização sociodemográfica dos encarregados de educação	70
5.3.Quanto à participação em Programas de Saúde Escolar	70
5.4.Quanto à literacia para a saúde	71
6. CONCLUSÕES	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICES	81
APÊNDICE A – Questionário	83
APÊNDICE B – Autorização para a utilização do HLS-EU-PT	89
APÊNDICE C – Autorização do MIME do Inquérito n.º 0447300003	95
APÊNDICE D – Autorização nº 9156/2014 da Comissão Nacional de Proteção de dados	97
APÊNDICE E – Pedido de autorização para a realização do estudo ao Concelho Executivo da Escola	101
APÊNDICE F – Autorização do Concelho Executivo da Escola para a realização do estudo	103
APÊNDICE G – Consentimento informado aos pais	105

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1. Da literacia à saúde da população	14
Figura 2. Modelo para o estudo da literacia para a saúde em adolescentes	16
Figura 3. Percentagem de alunos que participam em PSE	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Níveis de LS	9
Tabela 2. Distribuição dos alunos por ano de escolaridade	30
Tabela 3. Variáveis do estudo	32
Tabela 4. Subdimensões da LS (HLS-EU-PT)	34
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica da amostra	38
Tabela 6. Caracterização sociodemográfica do EE.....	39
Tabela 7. Percentagem de respostas nas diferentes opções dos 47 itens da escala de LS	43
Tabela 8. Medidas de tendência central e de dispersão no índice global, dimensões e níveis de processamento da LS	45
Tabela 9. Distribuição dos alunos pelas categorias do Nível de LS Global e pelas suas dimensões	45
Tabela 10. Nível de LS Global e por dimensão, agrupados em 2 categorias	46
Tabela 11. Subdimensões de LS	46
Tabela 12. Resultados dos testes estatísticos entre a variável ILS Global e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE	47
Tabela 13. Resultados dos testes estatísticos entre a variável dimensão do ILS Cuidados de Saúde e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE	49
Tabela 14. Resultados dos testes estatísticos entre a variável dimensão do ILS Prevenção da Doença e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE	50
Tabela 15. Resultados dos testes estatísticos entre a variável dimensão do ILS Promoção da Saúde e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE	51
Tabela 16. Resultados dos testes estatísticos entre o nível de processamento do ILS Aceder e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE	52

Tabela 17. Resultados dos testes estatísticos entre o nível de processamento do ILS Compreender e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE	53
Tabela 18. Resultados dos testes estatísticos entre o nível de processamento do ILS Avaliar e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE	54
Tabela 19. Resultados dos testes estatísticos entre o nível de processamento do ILS Utilizar e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE	56
Tabela 20. Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável Sexo	57
Tabela 21. Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável Grupo Etário	59
Tabela 22. Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável Ano de Escolaridade	61
Tabela 23. Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável Subsídio Escolar	63
Tabela 24. Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável escolaridade dos EE	64
Tabela 25. Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável participação em PSE	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APDH – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

CS – Cuidados de Saúde

DGE – Direção-Geral da Educação

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Encarregado de educação

EpS – Educação para a saúde

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

GNR – Guarda Nacional Republicana

H – hipótese

HLCA – Alfabetização de Saúde na Infância e Adolescência

HLS-EU - Estudo Europeu de Literacia para a Saúde

HLS-EU-PT – Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal

I – Item

IAC – Instituto de Apoio à Criança

ILS – Índice de literacia para a saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM – Institute of Medicine

KW – KruskalWallis

L. – Literacia

LS – Literacia para a saúde

MIME – Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

MMC – Método de Monte Carlo

Nº – número

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – nível de significância

p. – página

PAS³ – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar no 3º ano de escolaridade

PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PD – Prevenção da Doença

PES – Programa de Educação para a Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

PrS – Promoção da Saúde

PS – Promoção da Saúde

PSE – Programas de Saúde Escolar

QI – Quociente de Inteligência

RA – Resíduo ajustado

s.d. – sem data

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Saúde Escolar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Saúde Oral

SOBE – Saúde Oral Bibliotecas Escolares

SPSS - Statistic Package for the Social Sciences

t – teste t-Student

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO – World Health Organization

χ^2 – Qui-quadrado de Pearson

1. INTRODUÇÃO

A literacia para a saúde (LS) é um conceito relativamente novo na promoção da saúde (PrS) (Nutbeam, 2000), sendo reconhecida como um instrumento pertinente neste âmbito (World Health Organization (WHO), 2013). A LS depende das capacidades e competências individuais, mas também dos profissionais de saúde e do tipo e da forma da informação facultada, resulta assim da convergência entre educação, cultura e impacto social (Committee on Health Literacy, 2004). Segundo Saboga-Nunes (2014), a LS pode ser definida como “*a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde*” (p.95).

Este é um tema de estudo pertinente e atual, pois cada vez há um aumento maior dos custos com os cuidados de saúde, sendo que a LS é “*reconhecida como uma questão-chave para o sucesso na reforma dos cuidados de saúde*” (Antunes, 2014). No atual clima de transformação dos sistemas sociais, em concreto o sistema de saúde, a integração dos cuidados e a LS são dois conceitos essenciais. O sistema de saúde tem que se adaptar e dar resposta a uma população cada vez mais envelhecida, com mais doenças crónicas e multipatologias, mas também ao cada vez maior nível de informação e exigência da população. A integração dos cuidados dá resposta às questões do envelhecimento e da multipatologia, com respostas adequadas a cada fase do ciclo de vida e às necessidades de cada indivíduo. Enquanto a LS, a capacitação e a tomada de decisões informadas têm um papel fundamental na definição do percurso do cidadão no Serviço Nacional de Saúde (SNS (Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), 2017).

A mesma associação refere que para integrar cuidados e facilitar o percurso dos cidadãos no SNS é necessário desenvolver e implementar estratégias e instrumentos que promovam a LS, a gestão da saúde e da doença e uma informação mais efetiva sobre o SNS.

Em Portugal o governo criou o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, através do Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março, devido aos baixos níveis de LS em Portugal. Também o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), seguindo os objetivos e estratégias do Plano Nacional de Saúde (PNS) (revisão e extensão 2020), pretende obter maiores ganhos em saúde, “*através da promoção de contextos escolares favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e à melhoria do nível de literacia para a saúde da comunidade educativa*” (Direção Geral da Saúde (DGS), 2015).

Para além disso há estudos que revelam que os baixos níveis de LS apresentam um sinal preocupante, que importa considerar no contexto global da promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013). Segundo Antunes (2014), as pessoas com baixa LS “*apresentam uma menor capacidade de compreensão de conteúdos de material informativo sobre alimentos, doenças crónicas ou sobre o uso de medicamentos, (...), bem como maior dificuldade em pesquisar, selecionar, ler e assimilar a informação em saúde disponível na Internet*” (p. 123). A autora refere ainda que a baixa LS está também associada a taxas de hospitalização mais elevadas e mais prolongadas no tempo, a ineficácia em lidar com situações de emergência, o que acaba por afetar a relação médico-doente.

O diagnóstico do nível de LS, segundo Pedro, Amaral e Escoval (2016) “*permite direcionar e alinhar melhor a estratégia e intervenções de literacia em saúde a serem desenvolvidas*” (p.271). Importa, pois, perceber quais as áreas em que a literacia dos alunos está mais comprometida, pois permitirá à equipa de Saúde Escolar (SE) intervir de uma maneira mais direcionada nas necessidades desta população. Assim, a forma mais eficaz de prevenção passa por intervir ao nível das escolas, trabalhando com crianças e adolescentes, no sentido de divulgar informação e alertar para os vários determinantes de saúde (Madeira, 2016). Pois, a literatura evidencia que “*ter informação está na base de acesso à saúde*” (p.131), e a tomada de decisões em saúde tem subjacente o empowerment e a literacia (Antunes, 2014).

Com este estudo pretendeu conhecer-se o nível de LS dos alunos do 2º e 3º ciclo do Agrupamento de Escolas de Freixo de Espada à Cinta e os fatores relacionados com a mesma. Para isso definimos como objetivo geral:

- Identificar fatores relacionados com o nível de LS dos alunos do 2º e 3º ciclo.

Como objetivos específicos definiram-se:

- Caracterizar socio demograficamente os alunos da escola em estudo;
- Avaliar o nível de LS destes alunos e suas dimensões;
- Descrever a participação nos Programas de Saúde Escolar (PSE) e a situação de apoio social;
- Analisar a relação entre os níveis de LS e as variáveis socio demográficas dos alunos e encarregados de educação, e participação nos PSE.

Estudos nesta área têm sido realizados em Portugal, maioritariamente em alunos do ensino secundário com idades acima dos 15 anos. A nível da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), a equipa coordenadora da SE desenvolveu no ano letivo 2015/2016 um estudo de avaliação de diagnóstico para avaliar o nível de LS aos alunos do 5º, 7º, 10º e 12º anos de escolaridade, tendo aplicado 1285 questionários, onde pretendiam avaliar os comportamentos no âmbito da higiene oral, alimentação saudável, exercício físico, higiene corporal, hábitos de sono, transportes saudáveis, sexualidade, consumos nocivos e substâncias psicoativas (ULSNE, 2016). No entanto, não avaliaram o nível de LS através de uma escala e instrumentos apropriados.

Assim, o nosso estudo é pioneiro nesta região, sendo que também não encontramos outros estudos realizados na mesma faixa etária que a nossa a nível nacional.

Para a elaboração deste trabalho foi efetuada uma revisão bibliográfica simples nas bases de dados Scielo e B-on, que permitiu clarificar conceitos e comparar os resultados de estudos já existentes com os que nós obtivemos. Os dados colhidos foram inseridos e tratados no SPSS versão 25.

O trabalho encontra-se estruturado em quatro partes, numa primeira parte é feito o enquadramento teórico da temática estudada “literacia para a saúde”, segue-se a metodologia utilizada para a realização do estudo, seguida da apresentação dos resultados obtidos, discussão dos mesmos e, por fim, as conclusões.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conceito de LS tem assumido, nos últimos anos, um crescente interesse na relação indivíduo e sistemas de saúde. A importância deste tema surgiu quando se verificou que os níveis de literacia condicionam a forma como as pessoas são ou não capazes de tomar decisões corretas sobre a sua saúde. Isto afeta a qualidade de vida dos indivíduos, bem como a daqueles que deles dependem (crianças e idosos, por exemplo), mas tem também implicações nos custos para os sistemas de saúde e para a sua organização (Espanha e Ávila, 2016).

O conceito surgiu pela primeira vez nos anos 70 com Simonds para se referir à necessidade de EpS em contexto escolar (Loureiro et al., 2012), mas só no final da década 90 surgem as primeiras definições que têm evoluído desde a perspetiva individual até à integração da vertente social (Pedro et al., 2016). Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998) definiu LS como o conjunto de “*competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde*” (p. 10), mudando estilos de vida pessoais e condições de vida.

Estas competências incluem:

1. *Competências básicas em saúde* que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;
2. *Competências do doente*, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais;
3. *Competências como consumidor*, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso 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.

Segundo Selden et al., 2000 citados por Loureiro et al. (2012) a LS é a capacidade que os indivíduos têm para “*obter, processar e entender a informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas*” (p. 158). Assim, a LS abrange diversos domínios do saber e áreas de atuação profissional, como a Enfermagem, Serviço Social, Medicina, Psicologia, Sociologia (Loureiro et al., 2012). A LS pode ser desenvolvida, mas também pode regredir, pois baseia-se numa intervenção a nível educacional sujeita à interação entre o indivíduo e o meio em que está inserido (Almeida, 2014).

Na política e pesquisa em saúde, o termo LS é frequentemente aplicado a um conjunto de habilidades que são necessárias para funcionar bem no ambiente de saúde ou saúde pública (DeWalt e Hink, 2009).

Segundo o relatório do Institute of Medicine of the National Academies (IOM, 2003), a LS baseia-se na interação entre as aptidões dos indivíduos e os respetivos contextos de saúde, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais em casa, no trabalho e na comunidade. Assim, a responsabilidade para a melhoria dos níveis de LS deveria ser partilhada entre vários setores (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, s.d.).

A componente social foi introduzida por Kickbusch, Wait e Maag (2005), que definem LS como a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades.

Atualmente este conceito constitui o resultado chave da PrS e é também “*o pressuposto fundamental para o exercício ativo, participado e ampliado da cidadania em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades*” (Loureiro et al., 2012, p. 158).

Segundo Saboga-Nunes e Sorensen (2013), a LS “*tem um impacto significativo na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos quando as sociedades atravessam condições adversas*” (p. 5); é um dos recursos que incrementa a resistência e bem-estar individual.

A LS é formatada a partir de determinantes sociais e ambientais que podem ser caracterizadas em determinantes de contexto e pessoais. Os cuidados de saúde lidam com

este conceito tanto ao nível dos cuidados curativos e paliativos da doença e sua prevenção, como ao nível da PrS. É aqui que pode ser feita a leitura dos indicadores que referem a utilização dos serviços de saúde, comportamentos em saúde e participação através do empowerment/conscientização (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013).

Várias teorias contribuíram para o desenvolvimento deste conceito, como a Teoria Sócio-cognitiva, a Teoria da Ação Racional, a Teoria do Comportamento Planeado e Modelo de Crenças em Saúde (Loureiro et al., 2012).

No contexto português foi criado em 2016 o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados que pretende “*reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde português e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada veículos privilegiados desse reforço*” (Despacho nº 3618-A/2016). Este programa surge devido à evidência de que a educação, a literacia e o autocuidado têm grande importância na promoção e proteção da saúde da população e também na efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, constituindo, um fator crítico para a sustentabilidade do SNS. Este programa visa:

- contribuir para a melhoria da EpS, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade;
- promover um amplo acesso de todos os interessados a informação qualificada sobre boas práticas em educação para saúde, literacia e autocuidados;
- desenvolver e demonstrar a utilidade de novos projetos e instrumentos em domínios selecionados desta temática, que acrescentem valor às boas práticas já existentes;
- assegurar a divulgação e utilização efetiva das boas práticas em educação para a saúde, literacia e autocuidados no âmbito do SNS e no conjunto da sociedade portuguesa.

2.1. Níveis de literacia

Segundo Nutbeam (2000, p. 263-4) existem três tipos ou níveis de literacia:

- *Literacia funcional ou básica* - habilidades básicas suficientes em leitura e escrita para poder funcionar eficazmente em situações quotidianas;
- *Literacia interativa ou comunicativa* - habilidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser usadas para participar ativamente das atividades quotidianas, para extrair informações e derivar o significado de diferentes formas de comunicação e aplicar novas informações às circunstâncias em mudança;
- *Literacia crítica* - habilidades cognitivas mais avançadas que, juntamente com habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar criticamente a informação e usar essa informação para exercer maior controlo sobre eventos e situações da vida.

O papel do indivíduo neste percurso de literacia vai de uma atitude passiva na literacia básica/funcional, ativa na literacia interativa e proativa na literacia crítica (Loureiro et al., 2012). Para cada um dos níveis mencionados são definidos conteúdos, benefícios individuais e comunitários e exemplos de atividades educativas (tabela 1).

Tabela 1.

Níveis de LS

Nível de literacia para a saúde e objetivo educativo	Conteúdo	Resultados		Exemplos de atividades educativas
		Benefícios individual	Benefícios sociais da comunidade	
Literacia funcional em saúde: comunicação da informação	Transmissão de informações factuais sobre riscos para a saúde e utilização de serviços de saúde.	Melhor conhecimento de riscos e serviços de saúde, cumprimento de ações prescritas	Aumento da participação em programas de saúde populacional (imunização de rastreio)	Transmitir informações através de canais existentes, contato interpessoal oportunista e meios de comunicação disponíveis.
Literacia interativa em saúde: desenvolvimento de habilidades pessoais	Como acima e oportunidades para desenvolver habilidades em um ambiente de apoio	Maior capacidade de agir de forma independente e com conhecimento, maior motivação e autoconfiança	Maior capacidade de influenciar as normas sociais, interagir com grupos sociais	Adaptar a comunicação de saúde a necessidades específicas; facilitar a grupos de auto-ajuda e de apoio social da comunidade; combinar diferentes canais de comunicação
Literacia crítica em saúde: capacitação pessoal e comunitária	Como acima e fornecer informações sobre determinantes sociais e económicos da saúde, e oportunidades para alcançar políticas e / ou mudanças organizacionais	Melhoria da resistência individual à adversidades sociais e económicas	Maior capacidade de atuação sobre os determinantes sociais e económicos da saúde, melhoria do empowerment da comunidade	Prestação de assessoria técnica para apoiar ações comunitárias, comunicação de advocacia para líderes comunitários e políticos; facilitar o desenvolvimento da comunidade

Fonte: Nutbeam (2000, p.266)

Os resultados da PrS e o impacto das medidas de intervenção influenciam o nível de LS, a ação e influência social e as políticas de saúde e prática organizacional. As ações de PrS situam-se ao nível da educação (educação e esclarecimento nas escolas), na mobilização social e defesa dos grupos (Loureiro et al., 2012)

As consequências de um reduzido nível de LS, segundo Mancuso (2008), são:

- aumento dos custos nos cuidados de saúde;
- reduzido ou falso conhecimento sobre as doenças e tratamentos;

- menores competências de autogestão;
- menor capacidade para cuidar de pessoas em situações crónicas;
- erros de medicação;
- incapacidade de interagir com o sistema de saúde de forma eficaz;
- má utilização dos serviços de saúde.

Em 2006, o Institute of Medicine (IOM) concluiu que os “*adultos com literacia limitada gerem pior as suas doenças crónicas e são mais hospitalizados*” que pessoas com melhores níveis de LS (Almeida, 2014, p. 2), e que “*90 milhões de adultos não tinham competências em literacia para aceder aos sistemas de saúde*” (Almeida, 2014, p. 5).

Um estudo realizado em 2009 sobre “A dimensão económica da literacia em Portugal”, refere que “*o défice de literacia gera níveis indesejáveis de desigualdade com consequências importantes, nomeadamente, na educação e na saúde*” (Almeida, 2014, p.3).

Assim é importante que os indivíduos tenham bons níveis de LS, pois, como refere Mancuso (2008), se a pessoa possui literacia tem potencial para influenciar os indivíduos e a sociedade. E melhorar a LS de uma população envolve mais do que transmitir informações de saúde, ajudar as pessoas a atuar sobre esse conhecimento e a capacidade de trabalhar e apoiar os outros é melhor conseguido através de formas de comunicação mais pessoais e através da educação comunitária. Para alcançarmos o objetivo final que se reflete nessa definição de LS – promover maior independência e empowerment entre os indivíduos e as comunidades com as quais trabalhamos - devemos reconhecer e entender os aspetos políticos da educação, focados na superação de barreiras estruturais para a saúde (Nutbeam, 2000).

A LS é reconhecida pelo IOM como um componente crítico de cuidados de saúde de alta qualidade. Os investigadores verificaram a relação entre os baixos índices de literacia e os piores resultados de saúde; devido a esta relação, e porque a maioria das sociedades têm baixa LS, muitos programas abordam o papel da literacia ou da LS para melhorar a saúde da população. Este tipo de investigações são cada vez mais frequentes na Saúde Pública (DeWalt e Hink, 2009).

Segundo Almeida (2014), níveis adequados de LS trazem benefícios para a saúde da população pois levam a maior capacitação do indivíduo, o que promove:

- melhor vivência,

- melhor qualidade de vida,
- maior cidadania participativa,
- responsabilidade do indivíduo no seu processo de saúde.

A responsabilidade de melhorar os níveis de LS, existentes na sociedade, é das organizações de saúde e seus profissionais. Para isso há alguns fatores a ter em conta:

- transmitir informação clara,
- usar linguagem simples (escrita e oral),
- linguagem assertiva,
- melhorar a comunicação entre profissionais,
- melhorar comunicação entre profissionais e público-alvo (Doak citado por Almeida, 2014).

2.2. Literacia para a Saúde versus Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e comunicação em saúde

A LS é muitas vezes utilizada como sinónimo destes conceitos, há de fato uma inter-relação entre todos os eles, pois todos têm uma preocupação fundamental: a saúde quer individual quer comunitária.

A LS distingue-se da EpS, pois esta refere-se ao processo de aprendizagem planeada, à atividade intencional que se deve “*centrar nas disposições e capacidades individuais e grupais, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida*” (Loureiro et al, 2012, p. 158)

Relativamente à PrS é “*um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre a sua saúde*”, que atua sobre os determinantes de saúde para melhorá-la. (WHO, 1997, p. 3). Este processo não é exclusivamente individual, pois implica também

profissionais de saúde, decisores políticos e políticas uma vez que tem como objetivo o desenvolvimento e empowerment pessoal e comunitário (Loureiro et al., 2012).

A comunicação em saúde é uma área que pretende informar e influenciar o público alvo e pode ter diferentes finalidades: “*promover a saúde e educar para a saúde; prevenir doenças, sugerir e recomendar mudanças de comportamento; recomendar exames de rastreio; informar sobre a saúde e sobre as doenças; informar sobre exames médicos e seus resultados; receitar medicamentos; recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidados em indivíduos doentes*” (Teixeira (2004), citado por Loureiro et al., 2012, p. 158). “*Mais do que transmitir a informação, a LS implica a aquisição de competências em adquirir a informação e aplicá-la com sucesso à sua própria realidade*” (Antunes, 2014, p. 124).

Segundo o IOM e o Comité para a Literacia em Saúde há um “*desnível entre o nível de informação em saúde e os níveis de competência de leitura do público*” (p. 5), e as competências de comunicação deste com os profissionais de saúde (Almeida, 2014). É, pois, importante implementar e melhorar a literacia na área da saúde. Para isso é necessário melhorar os processos de comunicação, avaliando, criando e melhorando os processos e suportes de comunicação para melhorar a compreensão das pessoas a quem são dirigidas as atividades (Almeida, 2014).

2.3. Literacia e capacitação

Para conseguirmos uma sociedade mais saudável com pessoas capazes de tomar decisões corretas e informadas é necessário conhecer o público-alvo a quem as políticas se direcionam, ou seja, a pessoa enquanto indivíduo, mas também a comunidade em que está inserida. Segundo Almeida (2014), para se viver melhor em sociedade é necessário compreender o ambiente envolvente, que é um dos passos para a capacitação e leva à reflexão de que pobreza, desemprego e baixa literacia podem ter uma relação de causa-efeito. Para capacitar é necessário ter empatia, ter a capacidade de identificar os obstáculos que impedem o outro de atingir a capacitação e ajudar a superá-los.

A baixa literacia causa uma divisão na sociedade, sendo que os mais desfavorecidos não têm acesso ao emprego o que causa insegurança financeira, isolamento e não participação na vida social. Esta baixa de literacia reflete-se em custos para as empresas e para a sua modernização:

- sobrecargas associadas às taxas de acidentes graves,
- sobrecarga horária, devido à necessidade de pessoal suplementar,
- não produção de riqueza,
- ausência de um nível de qualificação adequado (Almeida, 2014).

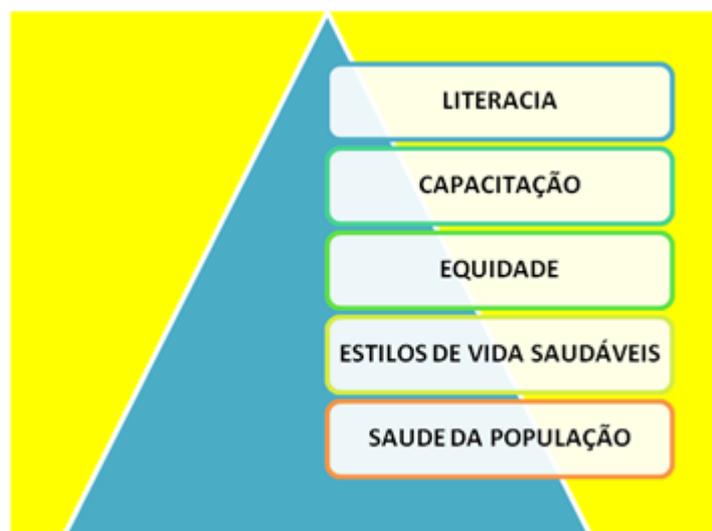
Vários estudos, com pessoas com baixo nível de literacia, demonstram que se conseguirmos que a pessoa progrida no nível de literacia ela acaba por influenciar de forma intencional ou não, um conjunto de pessoas, o que vai refletir uma *“maior capacidade de desenvolver o autocuidado e dos que o rodeiam”*, *“...uma maior eficiência e, (...) uma redução de custos nos sistemas de saúde”* (Almeida, 2014, p. 2).

Para as pessoas poderem tomar decisões inteligentes sobre a sua saúde é necessário capacitá-las e intensificar as intervenções na comunidade (Santos, Dias, Gonçalves e Sakellarides, 2010). Para isso, o grupo-alvo tem de assimilar as informações que lhe são transmitidas no sentido de alterarem atitudes e comportamentos (Almeida, 2014).

A capacitação *“torna o indivíduo mais autónomo, mais zeloso e capaz de autocuidado”*, a *“prestação dos profissionais ganha credibilidade e eficiência e o próprio sistema de saúde diminui os seus custos”* (Almeida, 2014, p.6). Para o acesso a uma vida mais saudável e segura é imprescindível ter bons níveis de literacia, pois só assim se compreendem melhor as questões de saúde (Almeida, 2014).

É importante compreender as questões relacionadas com a saúde das comunidades, para agir preventivamente; quanto mais cedo melhor, assumindo a EpS um papel relevante com destaque para a literacia. Os profissionais, em particular os das áreas da saúde, devem estar preparados para a *“utilização de linguagem mais acessível e das técnicas da assertividade e de outras que fazem parte do incremento da literacia da população”* (Almeida, 2014, p.8). Para conseguirmos promover maior independência e empoderamento entre os indivíduos e comunidades com as quais trabalhamos, temos que identificar e compreender os aspetos políticos da educação, de modo a superar as barreiras estruturais para a saúde (Nutbeam, 2000).

Anders Olauson, citado por Almeida (2014), refere que o aumento da LS objetiva que a EpS leve ao empowerment dos cidadãos para que consigam gerir e promover a sua própria saúde (Figura 1).



Fonte – Almeida, 2014, p.8

Figura 1. Da literacia à saúde da população

Martins (2014), numa revisão sistemática da literatura sobre LS e empowerment dos cidadãos, concluiu que os profissionais de saúde devem criar projetos para identificar os utentes com baixa LS, no sentido de promover um nível adequado de LS. Isto irá aumentar a capacidade de saúde de cada cidadão, fornecendo habilidades que o tornem ativo a lidar com o sistema de saúde e a gerir a saúde e a doença. O sistema de saúde centrado no utente requer que este tenha um papel ativo na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde, a fim de adotar estilos de vida saudáveis, reduzindo os custos e obtendo ganhos em saúde. “A área dos estilos de vida é fortemente determinada pelos níveis de LS” (Saboga-Nunes, 2014, p. 94), pois o desenvolvimento da LS apoia o processo de cada um investir na sua saúde e potenciar o seu bem-estar através de uma gestão positiva e informada. O papel dos especialistas passa pelo empoderamento dos cidadãos (Saboga-Nunes, 2014).

Segundo Nutbeam (2000), “a melhoria da LS é fundamental para o empoderamento” (p. 259), na medida em que melhora o acesso das pessoas à informação de saúde e a sua capacidade em utilizá-la corretamente.

2.4. Adolescência, cuidados de saúde e literacia para a saúde

A adolescência é “o período de transição entra a infância e a vida adulta, caracterizada pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do individuo em alcançar os objetivos relacionados com as expectativas culturais da sociedade em que vive” (Eisenstein, 2005, p. 6). Este período começa na puberdade, com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e termina com o fim do crescimento (Ribeiro e Rosendo, 2011), quando há consolidação da personalidade, independência económica e integração no grupo social. Os limites cronológicos deste período são definidos pela UNICEF (2011) entre os 10 e os 19 anos e pela DGS (2013) entre os 10 e os 18 anos.

Os adolescentes são o grupo etário que menos utiliza os serviços de saúde. Devido às particularidades próprias da adolescência, principalmente a pouca adesão aos cuidados de saúde, os adolescentes recorrem a outras entidades que não o seu médico de família para esclarecerem as suas dúvidas e preocupações, pois não confiam na confidencialidade e privacidade que estes oferecem.

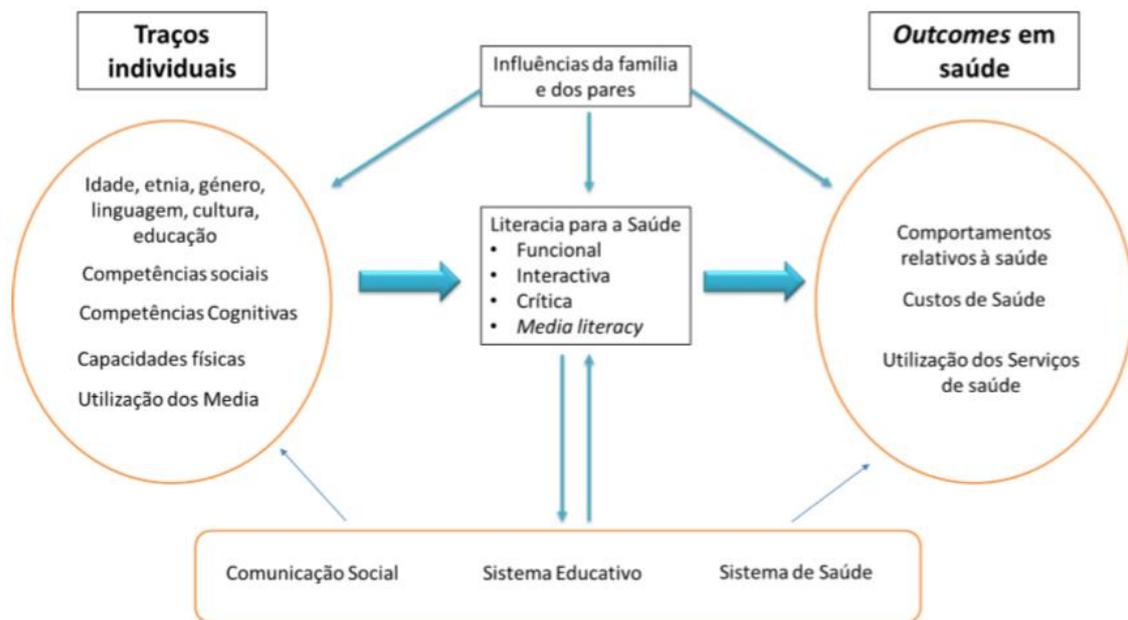
Contudo os centros de saúde possuem características privilegiadas para o atendimento a adolescentes:

- i. são acessíveis e próximos da comunidade a que o jovem pertence;
- ii. estão orientados para prevenção primária, cuidados globais e continuados;
- iii. terão acesso facilitado aos cuidados diferenciados.

É neste período que se iniciam muitos dos hábitos e comportamento de risco (alimentares, consumo de substâncias, exercício físico, proteção sexual, etc.) que contribuem para o desenvolvimento de patologias graves ao longo da vida. Daí a importância da prevenção primária e promoção da saúde por parte dos cuidados de saúde primários. (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 2006). É, pois, uma fase importante para a adoção de novos comportamentos, devido às diversas modificações que ocorrem: físicas, emocionais e cognitivas. Os adolescentes adquirem mais autonomia e desenvolvem a capacidade de processar informação e refletir sobre assuntos mais abstratos (Manganello, 2008). Segundo esta autora, há diversos estudos que demonstram que os adolescentes,

principalmente os portadores de doença crónica, têm maior probabilidade de se relacionar com os serviços de saúde e assumirem as responsabilidades do seu tratamento.

Assim, a adolescência é a fase indicada para a promoção da LS numa fase precoce, podendo ter resultados benéficos na saúde na fase adulta da vida dos indivíduos (Manganello, 2008). A autora propõe o modelo presente na figura 2 para explicar os pontos em que se deve trabalhar no estudo da LS nos adolescentes.



Fonte: Adaptado de Manganello, 2008

Figura 2. Modelo para o estudo da Literacia para a Saúde em adolescentes

O sistema de saúde é claramente importante para a LS, devido ao seu impacto direto na forma como o atendimento médico é acessível e como a informação é comunicada aos utentes. A legibilidade dos panfletos nos centros de saúde, a clareza da comunicação e as intervenções nos ambientes de saúde “são cruciais para o desenvolvimento de habilidades de LS para adolescentes” (Manganello, 2008).

O papel da LS nos cuidados de saúde tem sido menos estudado para a saúde infantil comparando com a saúde do adulto. DeWalt e Hink (2009), realizaram uma revisão sistemática da literatura tendo encontrado alguns artigos que abordavam a relação entre a LS e os desfechos de saúde e os efeitos nos desfechos de saúde infantil, a maioria desses estudos avaliava o conhecimento dos pais. Mais recentemente, os autores de dois artigos de revisão discutiram o papel da LS no atendimento à saúde pediátrica e apontaram para

a necessidade de maior desenvolvimento e compreensão desta área de investigação. (DeWalt e Hink, 2009).

Segundo DeWalt e Hink (2009), um dos aspetos mais desafiadores no estudo do papel da LS da criança é ter em conta a responsabilidade dos pais e da criança pelo resultado de saúde da mesma. As competências cognitivas podem afetar a capacidade de a criança compreender e implementar o autocuidado. Além disso, as crianças apresentam variações na capacidade de se envolverem no mesmo grupo etário, e os pais usam pistas diferentes para determinar a prontidão da criança para o cuidado.

Alguns fatores que influenciam a transferência dos cuidados médicos de pais para filhos são:

- maturidade infantil,
- início das atividades de autocuidado,
- autoconceito,
- apoio e organização da família,
- tomada de decisão compartilhada com os profissionais de saúde,
- autoeficácia materna,
- duração da doença,
- conhecimento da doença percebida da criança,
- o desempenho académico da criança,
- participação em atividades externas (DeWalt e Hink, 2009).

Os pais de crianças com doenças crónicas, normalmente, transferem as responsabilidades de autocuidado quando o filho está entre os 11 e 15 anos de idade. Muitas vezes os adolescentes não implementam o nível necessário de atividades de autocuidado quando ocorre a transferência do cuidado, o que resulta em maus resultados de saúde (DeWalt e Hink, 2009).

2.5. Literacia para a saúde e sistema de educação

A LS implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, para fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo vital (Espanha e Ávila, 2016).

Assim, é importante que se comece a trabalhar com as crianças desde o ensino pré-escolar no sentido de aumentar a LS em cada fase do seu desenvolvimento, promovendo a saúde e prevenindo a doença sobretudo associada a estilos de vida pouco saudáveis. É de salientar que *“durante o longo ciclo de vida escolar, a saúde de crianças e jovens é profundamente influenciada pelo contexto em que crescem, aprendem e se desenvolvem”* (DGS, 2015, p.16).

Neste sentido o PNSE tem como um dos seus objetivos *“promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa”* (DGS, 2015, p. 4). A capacitação dos alunos e o desenvolvimento de competências socio emocionais permite-lhes reconhecer as suas próprias emoções e gerir de forma mais responsável a tomada de decisões, tanto relacionadas com a sua saúde como com a sua vida.

Em Portugal, na sequência das recomendações da OMS, a efetiva implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar, aconteceu em 1994 com a integração na Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, numa parceria interinstitucional entre a Saúde e a Educação. As Escolas Promotoras de Saúde (EPS) ajudam os países a atingir as metas e os objetivos das políticas da OMS para a saúde e bem-estar (DGS, 2015).

Os princípios das EPS são equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empowerment de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar (DGS, 2015). Estes princípios são a linha orientadora da Saúde e da Educação na intervenção da SE. As escolas devido ao elevado aglomerado de alunos são o local privilegiado para promover a saúde ao longo desta etapa do ciclo de vida. Neste contexto,

a aquisição de competências para a saúde (empowerment) passa por valorizar os fatores pessoais protetores que favoreçam a saúde (salutogénese), num equilíbrio dinâmico entre os alunos e o contexto escolar, a gestão de emoções, o estabelecimento de relações gratificantes e a compreensão das implicações das suas escolhas individuais (DGS, 2015).

A PrS em meio escolar, assente nos princípios das EPS e no método de trabalho por projeto, *“tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa”* (DGS, 2015, p. 12).

Atualmente, o modelo de intervenção usado na comunidade educativa é a PrS, pois a SE tem que apoiar-se na evidência científica atual. No entanto, no futuro, se quiser aumentar o nível de LS, a responsabilização com a saúde individual e coletiva e o número de anos de vida saudável dos cidadãos, a SE deverá produzir e disseminar a sua própria investigação científica (DGS, 2015). A SE procura entender, descobrir e atuar sobre a realidade complexa dos comportamentos e proteger a saúde de crianças e jovens, salvaguardando os mais vulneráveis. Intervir, globalmente, implica uma abordagem holística da saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial sobre o indivíduo. Os Sistemas de Saúde e de Educação estão intimamente ligados, pois *“crianças saudáveis aprendem de forma mais eficaz e a educação tem um papel primordial na prosperidade económica e na manutenção da saúde ao longo da vida”* (DGS, 2015, p. 16). Por isso é importante conhecer o nível de LS dos alunos, para se adequarem as intervenções às suas necessidades reais.

A figura 2 mostra que os sistemas têm um impacto direto sobre a LS. Os programas educativos implementados nas escolas ou nas unidades de saúde podem ensinar os adolescentes sobre questões de saúde, como abuso de substâncias ou comportamento sexual, mas estas intervenções só terão sucesso caso o grupo-alvo tenha capacidade de entender a mensagem fornecida (Manganello, 2008).

Também Antunes (2014) refere que em 2006 no Canadá se constatou que a melhoria da LS passava pela educação infantil, pela criação de programas de alfabetização das famílias e pela redução do abandono escolar, ou seja, deve haver um reforço dos níveis de educação e de LS nos grupos vulneráveis.

As escolas são os locais de excelência para trabalhar a LS, porque:

1. *“é possível abranger grande parte da população adolescente quer em termos de estudo quer em termos interventivos;*
2. *os programas de ensino têm alguma plasticidade para permitir a inclusão de medidas pedagógicas no campo da saúde com o propósito de aumentar a LS;*
3. *está disponível mão-de-obra especializada em ensino (o núcleo de professores), encarregados de educação e outros profissionais de outras áreas, os quais potencialmente poderão organizar-se formando uma equipa multidisciplinar como propósito de promover a saúde nas escolas”* (Madeira, 2016, p.27).

Num estudo realizado em ambiente escolar em 2009 na Nova Escócia, com crianças com idades entre os 6 e 18 anos, $\frac{3}{4}$ dos inquiridos admitiu querer saber mais sobre a medicação que lhe é prescrita (MacDonald, MacDonald, Crooks e Collicott, 2011). Os adolescentes apesar de terem menos interação com os serviços de saúde e terem menos custos de cuidados de saúde que os adultos, envolvem-se cada vez mais com a área da saúde, são consumidores frequentes dos meios de comunicação e de outras tecnologias de acesso à informação de saúde e constituem um grupo alvo para muitas intervenções educativas relacionadas com a saúde (Antunes, 2014).

2.6. Papel da saúde escolar na promoção da literacia para a saúde

A maior parte das famílias atribui à escola o papel de formadora dos filhos, assumindo um papel passivo neste processo. Apesar de a escola ser o local onde as crianças passam muito tempo, há outros protagonistas que interferem na sua educação para a saúde na hora de adotar comportamentos saudáveis: a família, a comunidade e os meios de comunicação social. Em questões relacionadas com a saúde os professores necessitam de formação, de realizar um trabalho em conjunto com a equipa de SE, para uma melhor efetividade na abordagem de questões problemáticas.

Segundo Murjal (2006), *“a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e dos jovens em ambiente escolar, pode favorecer a aquisição de estilos de vida saudáveis e complementar a prestação de cuidados personalizados. A saúde escolar*

é também uma oportunidade de articulação entre a medicina familiar, a escola e a sociedade, tendo por objetivo compreender os problemas e necessidades das crianças e jovens e propor a adoção de medidas que concorram para o sucesso escolar e para a formação enquanto cidadãos” (p.135).

A estratégia de intervenção em SE, no âmbito da PrS e prevenção da doença, assenta em atividades executadas de forma regular e continua ao longo de todo o ano letivo e preferencialmente integradas num projeto da escola:

- a vigilância do cumprimento dos exames de saúde, do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e da legislação sobre evicção escolar,
- a agilização dos encaminhamentos, através de protocolos ou parcerias, dentro e fora do SNS, para a melhoria das respostas a crianças com necessidades de saúde especiais,
- a promoção da saúde oral e
- o incentivo de estilos de vida saudáveis (Murjal, 2006).

O sucesso educativo resulta da conjugação do desempenho das famílias, da escola e da saúde. Há aspetos que contribuem para este sucesso e que resulta da parceria entre a escola e a saúde:

- *“integração das crianças e jovens com necessidades especiais no ambiente e dinâmica escolar;*
- *descoberta do potencial de saúde;*
- *ajuda o desenvolvimento nos jovens escolarizados de competências e de sentido de responsabilidade que os ajudem a conviver com múltiplos fatores de risco sem que se verifique prejuízo para a saúde;*
- *assegurar que a escola é vivida pelos utilizadores como um local seguro e agradável, de forma a não ser por si só um fator de risco” (Murjal, 2006, p. 137).*

2.7. Literacia para a saúde: estado da arte

Estudos nesta área foram desenvolvidos essencialmente nos EUA e Canadá até 2006, sendo que na Europa só em 2007 foi dado o primeiro passo para realizar o Estudo Europeu de Literacia para a Saúde (HLS-EU), em Zurique (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013).

Segundo dados colhidos pelo Ad Hoc Committee em 1999, pessoas com baixo nível de literacia e com doenças crónicas, são menos capazes de cuidar de si e usam mais os serviços de saúde ((Saboga-Nunes e Sorensen, 2013).

No estudo realizado em Portugal para a validação do HLS-EU e avaliação da LS, com uma amostra de 750 inquiridos, com 15 ou mais anos, verificou-se que 51% dos inquiridos tem uma LS limitada (11.6% LS inadequada e 39% LS problemática). Comparando com outros países europeus o valor mais elevado de LS limitada encontra-se na Bulgária (62% dos inquiridos) e o menor na Holanda (29%) (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013).

Quando se relacionou a LS com outros determinantes verificou-se que pessoas com estatuto social mais baixo ou estado de saúde muito mau tinham risco de possuírem 70% de LS limitada (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013). Relativamente aos resultados para a LS funcional Portugal apresentou o terceiro pior resultado, sendo que 29.6% apresentavam LS funcional fortemente inadequada (21.2% nos restantes países); 42.9% apresentavam possibilidade de LS limitada (23.5% nos outros países) e 27.5 dos inquiridos portugueses apresentavam LS funcional adequada (55.3% nos outros países) (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013). Este estudo permitiu perceber que a *“capacitação e competências relacionadas com a LS variam de acordo com o contexto social e cultural”* (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013, p. 10).

Num estudo realizado entre 2011 e 2013 em Portugal Continental, numa amostra de 1180 indivíduos verificou-se que 59,9% dos inquiridos apresentava LS limitada, o nível LS problemática superou ligeiramente o nível LS suficiente. Observaram também que os cidadãos portugueses estudados tinham dificuldades consideráveis no que diz respeito aos

níveis de processamento da informação: capacidade de acesso, compreensão, capacidade de interpretação e avaliação da informação e a sua utilização em situações diversas e ao longo do seu ciclo vital (Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016).

Num outro estudo realizado em Portugal em 2014, Pedro et al. verificaram que 61% dos inquiridos apresentavam um nível de LS geral problemático ou inadequado (média europeia de 49.2%). A LS na dimensão dos “Cuidados de Saúde” era a que tinha valores mais preocupantes, pois foi o país onde se obtiveram piores resultados comparativamente aos restantes países europeus, apenas 44.2% dos inquiridos tinham L. suficiente ou excelente. Na dimensão “Prevenção da Doença” apenas 45% dos inquiridos apresentava LS suficiente ou excelente. Quanto à LS na dimensão “Promoção da Saúde” 60.2% dos participantes apresentavam L. problemática ou inadequada, sendo que a média europeia se situava nos 52,1%. Na análise dos 4 níveis de processamento (aceder, compreender, analisar e utilizar informação de saúde) verificaram que à medida que a idade aumenta o nível de LS diminui, à medida que o nível de escolaridade aumenta os níveis de LS aumentam, sendo os desempregados que apresentavam piores níveis de LS comparando com a população ativa (Pedro et al., 2016). Os profissionais de saúde apresentavam baixos níveis de LS, tendo apenas 37,6% literacia suficiente.

Deste estudo concluíram ainda que era mais difícil aceder à informação de cuidados de saúde que de prevenção da doença, que havia subgrupos com níveis mais baixos de LS o que sugere a existência de grupos vulneráveis (idosos, menos escolarizados, desempregados) (Pedro et al., 2016).

Espanha e Ávila (2016) num estudo realizado em 2014 em Portugal com 2104 indivíduos, intitulado “*Health Literacy Survey Portugal: a Contribution for the Knowledge on Health and Communication*”, verificaram que no ILS geral 11% dos inquiridos apresentava nível inadequado de LS e 38% nível problemático e 50% apresentam nível excelente (8.6%) ou suficiente. Estes resultados revelam que Portugal estava abaixo da média dos países Europeus.

No índice de literacia para a saúde (ILS) na dimensão “Cuidados de Saúde” 45.4% da população portuguesa apresentava LS limitada (10.1% inadequada e 35.3% problemática), neste nível apresentávamos uma das menores concentrações de indivíduos com níveis excelentes (11.3%) ou inadequados (10.1%). Relativamente ao ILS na “Prevenção da Doença” 45.5% dos entrevistados apresentavam LS inadequada ou limitada, encontrando-se mais uma vez abaixo da média europeia. Na dimensão da

“Promoção da Saúde” 48.9% dos inquiridos apresentava um ILS excelente ou suficiente, enquanto 51.1% apresentava LS problemática ou inadequada, encontrando-se Portugal um pouco acima dos valores médios da HLS-EU.

As autoras verificaram que existia uma relação estatisticamente significativa entre a idade, o nível de educação, ocupação profissional e a LS tendo obtido os seguintes resultados:

- O ILS adequado (excelente ou suficiente) foi encontrado entre os inquiridos mais novos (idade inferior a 45 anos). Quanto mais jovem for o inquirido, maior o nível de LS;
- Os melhores níveis de LS foram concentrados entre indivíduos com níveis mais altos de educação. Quanto maior o nível de educação, melhor era o nível de LS;
- O maior número de indivíduos com níveis mais elevados de LS foi encontrado entre profissionais e gerentes, enquanto os trabalhadores por conta própria e trabalhadores industriais apresentavam mais limitações. (Espanha e Ávila, 2016).

Outro estudo realizado em Portugal, de natureza exploratória com 100 participantes (Monteiro, 2009) para saber qual o grau de LS manifestado pelos utentes de um serviço de Imagiologia de uma instituição hospitalar, verificou que a maioria dos utentes não tinha a literacia desejável, mas apenas a minimamente adequada, referindo como principais dificuldades ler rótulos nos frascos dos medicamentos e entender os folhetos hospitalares. Concluiu também que os indivíduos com o 1.º ano de escolaridade eram os que mais dificuldades tinham em ler folhetos. Ou seja, a baixa escolaridade tem consequências na vida das pessoas em múltiplos aspetos, criando dificuldades e barreiras.

Um estudo com 1178 adolescentes dos 9 aos 13 anos, de Brown, Teufel e Birch (2007) indica que cerca de 40% dos adolescentes participantes no estudo, revelaram interesse em aprender mais sobre saúde, embora cerca de 25% referisse sentir dificuldade em compreender a informação de saúde. Os investigadores verificaram que, para além da idade, a dificuldade em compreender as informações de saúde e a crença de que as crianças podem fazer pouco para afetar sua saúde futura diminuía a probabilidade de estas quererem seguir o que aprenderam sobre saúde. As meninas eram mais propensas a recorrer à escola, aos pais e ao pessoal médico para obter informações sobre saúde. Os alunos mais velhos eram mais propensos a recorrer à escola e à internet.

Através de um estudo realizado na China, em 2010, com uma amostra de 8008 adolescentes de escolas básicas e secundárias (4011 do ensino básico e 3997 do secundário), com o objetivo avaliar a LS adquirida pelos alunos através da educação em SE, verificaram que existia uma correlação positiva entre os conhecimentos em saúde e as atitudes e práticas promotoras de saúde (Yu, Yang e Chang., 2012).

Ainda no ano 2010, Chang realizou um estudo, com o objetivo de analisar as relações entre LS, estado de saúde e comportamentos promotores de saúde entre adolescentes da Tailândia, com uma amostra de 1601 participantes de ambos os sexos e média de idades nos 17 anos, tendo verificado que os adolescentes com baixa LS tinham menos probabilidade de percecionar um bom estado de saúde e adotarem comportamentos promotores de saúde do que os que tinham elevado nível de LS, sendo que eram os rapazes os que apresentavam níveis de LS mais baixos.

Noutro estudo realizado com 1215 adolescentes em Portugal com idades compreendidas entre os 14 e 20 anos a frequentar o ensino secundário, os autores verificaram que as raparigas apresentavam níveis de LS superiores comparando com a dos rapazes, que quanto maior a idade dos adolescentes, menores eram os níveis de LS totais, os adolescentes que frequentavam o 12º ano de escolaridade apresentavam valores de LS superiores aos valores apresentados pelos restantes adolescentes (Tomás, 2014).

Num estudo realizado por Marques (2015) com o objetivo de perceber e conhecer o grau de LS dos pacientes e familiares no Serviço de Cirurgia-Geral do Hospital Curry Cabral, foram estudados 202 indivíduos, tendo obtido os seguintes resultados:

- cerca de 15% dos inquiridos apresentava literacia desadequada e 47% revelava literacia problemática;
- 60,9% dos inquiridos apresentava literacia limitada;
- foram identificados os grupos mais vulneráveis de LS, onde a literacia limitada era mais elevada para quem tinha maior dificuldade no acesso ao médico (43,9%), baixa escolaridade (25,2%) e rendimentos mensais baixos;
- quanto maior era a dificuldade em comprar medicamentos menor era a LS da amostra estudada;
- quanto maior a utilização dos serviços de saúde (urgências e outros serviços hospitalares não especificados), menor era a LS da amostra;

- não se verificou correlação entre a literacia em saúde e a idade, entre o género ou até mesmo no que diz respeito às habilitações literárias dos respondentes.

Também Gonçalves (2015), estudou 253 indivíduos na região norte de Portugal com o objetivo de medir a LS, tendo-se baseado no primeiro HLS-EU, e verificou que os valores de LS na região norte de Portugal eram baixos e inferiores aos resultados da literacia adequada dos restantes países europeus. Existia uma associação significativa entre o ILS e a escolaridade, sendo que as categorias literacia suficiente e excelente apenas se observavam nos indivíduos com ensino superior. Observou também que o ILS é superior na dimensão “Cuidados de Saúde” e “Prevenção da Doença” do que na dimensão “Promoção da Saúde”

DeWalt e Hink (2009), numa revisão sistemática da literatura com o objetivo de verificar qual a relação entre a literacia dos pais e da criança e os resultados e intervenções de saúde infantil, encontraram os seguintes resultados:

- crianças com baixo nível de literacia geralmente tinham piores comportamentos de saúde;
- pais com baixa escolaridade tinham menos conhecimento sobre a saúde e tinham comportamentos menos vantajosos para a saúde dos seus filhos, em comparação com os pais com maior nível de literacia;
- crianças cujos pais tinham baixo nível de literacia, muitas vezes tiveram piores resultados de saúde, mas outros estudos obtiveram resultados mistos para a relação de alfabetização para o uso de serviços de saúde:
 - um estudo mostrou que crianças asmáticas de pais com baixo nível de LS tinham taxas mais altas de hospitalizações e atendimentos em serviços de urgência;
 - outro estudo revelou que os pais com baixa escolaridade eram mais propensos a relatar cuidados centrados na família, ajuda e construção de confiança após uma consulta com um médico;
- na relação entre LS e comportamentos de saúde:
 - os adolescentes com menor nível de LS tinham maior probabilidade de se envolver em lutas e usarem armas;
 - relacionando a literacia com adversidade familiar, comportamentos problemáticos e QI em idade escolar, verificaram que a LS estava correlacionada com os comportamentos problemáticos;

- os adolescentes com menor escolaridade eram mais propensos a usar álcool e tabaco;
- crianças de 14 anos com menor nível de literacia tinham maior probabilidade de fumar tabaco, sendo mais significativo no sexo masculino;
- na adesão aos contraceptivos orais verificaram que um terço da amostra havia perdido uma ou duas pílulas nas duas semanas anteriores, mas este comportamento não estava relacionado com a literacia;
- cuidadores com baixa literacia tinham maior probabilidade de usar um instrumento de dosagem errado quando administravam medicamentos líquidos a crianças;
- mães com baixa literacia tinham menos probabilidade de amamentar após os 2 meses de idade da criança;
- mulheres sem-abrigo com baixa escolaridade eram mais propensas a relatar as barreiras para dar medicamentos aos seus filhos do que as mulheres na mesma condição com maior alfabetização;
- na relação entre LS e resultados de saúde
 - filhos de mães com mais sintomas depressivos apresentaram mais sintomas depressivos apenas na presença de baixa literacia materna;
 - não há relação entre a literacia dos pais e os relatos dos pais sobre a saúde oral dos seus filhos;
 - crianças com pais com baixa escolaridade têm maior probabilidade de ter asma persistente moderada ou grave e perdem mais dias de escola por causa da asma em comparação com crianças cujos pais possuíam maior nível de LS.

Os mesmos autores concluíram que a baixa literacia dos pais estava relacionada a piores resultados de saúde, principalmente em crianças pequenas; a literacia abaixo da média entre adolescentes parece estar relacionada com comportamentos de risco ou violentos; alguns comportamentos, como adesão, dosagem correta e capacidade de obter medicamentos, podem ter uma ligação mais direta com a capacidade de ler e compreender as instruções relacionadas com a assistência médica.

Há poucos estudos nesta área dirigidos a esta classe etária, por este motivo foi criado na Alemanha o consórcio alemão “Alfabetização de Saúde na Infância e Adolescência –

HLCA”, que tem uma abordagem multidisciplinar e pretende contribuir para o desenvolvimento teórico e conceitual da LS ajustada para crianças e adolescentes, (Pinheiro e Bauer, 2015).

Após esta revisão da literatura verificamos que a LS é fundamental para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, para a saúde individual e consequentemente para a saúde de toda a população, sendo por isso muito importante na faixa etária que se pretendeu estudar. Os estudos existentes demonstram que existem baixos níveis de LS e são poucos os realizados com crianças e adolescentes. Perante este cenário, pretendemos dar um pequeno contributo na investigação desta temática, para isso realizámos um estudo descritivo-correlacional, transversal de natureza quantitativa com uma população de adolescentes dos 10 aos 15 anos, estando a metodologia utilizada explanada no capítulo que se segue.

3. METODOLOGIA

Este capítulo inclui os procedimentos que permitem validar o caminho escolhido para concretização dos objetivos da pesquisa (Gerhardt e Silveira, 2009).

A fase metodológica, tratada neste capítulo, corresponde à etapa em que se tentam conhecer as respostas às questões de investigação e hipóteses formuladas (Fortin, Côté e Fillion, 2009). Para isso, este capítulo foi organizado nos seguintes subcapítulos: tipo de estudo, população e amostra, questões de investigação e hipóteses, variáveis em estudo, instrumento de recolha de dados, considerações éticas e procedimento de recolha de dados e tratamento e análise dos dados.

3.1. Tipo de estudo

Perante os objetivos em estudo optou-se por um estudo descritivo-correlacional, transversal de natureza quantitativa. Este tipo de estudo permite explorar e descrever um fenómeno (literacia para a saúde dos alunos) bem como as características de uma população e identificar relações, a recolha de dados é efetuada num único momento, daí ser transversal, e é quantitativo pois utiliza dados numéricos para obter informações e descrever relações (Fortin et al., 2009).

3.2. População e amostra

População são os elementos com características comuns que respondem aos critérios de inclusão definidos no estudo (Fortin et al., 2009). Definimos como critérios de inclusão:

i) alunos do 2º e 3º ciclo que frequentavam a escola básica contexto deste estudo; ii) alunos que pertenciam ao grupo etário dos 10 aos 15 anos.

Assim, a população deste estudo ficou constituída por todos os alunos do 2º e 3º ciclo a frequentar a escola, que corresponde a um total de 127 alunos distribuídos pelos diversos anos escolares como se verifica na tabela 2.

Tabela 2.

Distribuição dos alunos por ano de escolaridade

Variáveis	Ano de escolaridade					Total
	5º	6º	7º	8º	9º	
Nº de alunos	28	24	19	31	25	127

“A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira.” (Fortin et al., 2009, p.310).

O método de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística acidental. A composição da amostra corresponde aos alunos que estiveram presentes no momento da recolha de dados e que respeitavam os seguintes critérios de exclusão propostos para este estudo: i) alunos com necessidades educativas especiais; ii) alunos que não respondam a pelo menos 80% do questionário. Assim, a nossa amostra foi constituída por 64 alunos o que corresponde a 50.39% da população.

3.3. Questões de investigação e hipóteses

As questões de investigação devem incluir uma ou duas variáveis e a população em estudo e devem ser formuladas na interrogativa e no presente, são usadas nos estudos exploratórios-descritivos (Fortin et al., 2009). A questão inicial serve de fio condutor à pesquisa e deve ser clara, exequível e pertinente (Gerhardt e Silveira, 2009).

A questão de investigação definida para este estudo foi:

- Qual o nível de literacia para a saúde dos alunos do 2º e 3º ciclo?

Tendo em conta os objetivos desenhados para esta investigação formularam-se as seguintes hipóteses, que estabelecem a relação entre variáveis, dando uma explicação provisória dessa relação:

H1: Existe relação entre a literacia para a saúde e a idade dos alunos;

H2: Existe relação entre a literacia para a saúde e o sexo dos alunos;

H3: Existe relação entre a literacia para a saúde e o ano de escolaridade;

H4: Existe relação entre a literacia para a saúde e o apoio social;

H5: Existe relação entre a literacia para a saúde e a escolaridade dos pais/encarregados de educação dos alunos;

H6: Existe relação entre a literacia para a saúde e a participação em programas de saúde escolar.

3.4. Variáveis em estudo

“*As variáveis são qualidades ou características às quais se atribuem valores*” (Fortin et al., 2009, p.171), podem ser independentes, dependentes, de investigação e atributo. Neste estudo foram consideradas as variáveis de investigação, que “*são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas*” (Fortin et al., 2009, p.171) e as atributo, que, segundo os mesmos autores são “*características pré-existentes dos participantes no estudo*” (p.172), normalmente são constituídas por dados demográficos (idade, género, etc).

Assim, considera-se a literacia para a saúde dos alunos como variável de investigação e caraterísticas sociodemográficas dos alunos como variáveis atributo.

A operacionalização das variáveis consiste na especificação das suas dimensões e determinação dos indicadores para a sua medição (Fortin et al., 2009). Na tabela 3 apresenta-se a operacionalização e a categorização das variáveis em estudo.

Tabela 3.

Variáveis do estudo

Variáveis	Operacionalização	Categorização
Sexo	Diferença biológica entre masculino e feminino (INE, s.d.)	1. Masculino 2. Feminino
Grupo Etário	Intervalo de idade, em anos, no qual o indivíduo se enquadra, de acordo com o momento de referência (INE, s.d.)	1. 10-12 2. 13-15
Ano de Escolaridade	Ano de estudos completo legalmente instituído (INE, s.d.)	1. 5º 2. 6º 3. 7º 4. 8º 5. 9º
Escolaridade dos Pais/Encarregados de Educação	Ano de estudos completo legalmente instituído (INE, s.d.)	1. Nível 1 (1º ou 2º ciclo do Ensino Básico) 2. Nível 2 (3º ciclo do Ensino Básico) 3. Nível 3 (Ensino Secundário) 4. Nível 4 (Ensino Superior)
Apoio Social Escolar	Conjunto de medidas destinadas a garantir a igualdade de oportunidades de acesso e sucesso escolares a todos os alunos dos ensinos básico e secundário, e a promover medidas de apoio socioeducativo destinadas aos alunos de agregados familiares cuja situação económica determina a necessidade de comparticipações financeiras (DGE, s.d.)	1. Sim 1.1. A 1.2. B 1.3. C 2. Não
Participação nos PSE	Envolvimento nos Programas desenvolvidos pela equipa de saúde escolar	1. Sim 2. Não
Literacia para a Saúde	Competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde (OMS, 1998, p.10)	1. L. inadequada; 2. L. problemática; 3. L. suficiente; 4. L. excelente.

Legenda: INE: Instituto Nacional de Estatística; DGE – Direção Geral da Educação; L.: literacia

3.5. Instrumento de recolha de dados

Para recolha dos dados foi aplicado um questionário aos participantes. A escolha deste instrumento deveu-se ao facto de ser um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis e que ajuda a organizar, normalizar e controlar os dados de maneira que estes possam ser colhidos de forma rigorosa (Fortin et al., 2009). Este instrumento tem também como vantagens ser de autopreenchimento e assim garantir o anonimato, que é importante no grupo etário que se pretendeu estudar, abranger um elevado número de indivíduos e permitir poupar tempo na sua aplicação.

O questionário elaborado foi organizado em duas partes: a primeira parte correspondeu ao HLS-EU-PT, adaptado para os jovens pelo PNSE; a segunda parte ficou constituída por questões que permitiram efetuar a caracterização sociodemográfica dos alunos (sexo, idade, ano escolar e apoio social), dos pais/encarregados de educação e a participação nos PSE (Apêndice A).

Para a aplicação do HLS-EU-PT foi solicitada e obtida autorização para a sua utilização ao Professor Saboga-Nunes (Apêndice B), tendo a segunda parte do questionário sido elaborada pela investigadora, com apoio do orientador.

O HLS-EU-PT foi desenvolvido na Universidade de Zurique, devido à inexistência de instrumentos que medissem a LS, tendo começado por medir, em termos gerais, competências para a saúde. Em 2007, reuniram-se em Zurique representantes de diferentes países, incluindo Portugal, para lançar o primeiro Estudo Europeu de Literacia para a Saúde (HLS-EU). Procuraram que o HLS-EU incluísse abordagens, operacionalizando a LS na Europa de uma forma mais ampla e de acordo com outras definições (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013). Embora Portugal tenha feito parte do grupo que iniciou a investigação HLS-EU, não pôde desenvolver simultaneamente com os outros países europeus o trabalho de campo que se seguiu. Assim, o instrumento HLS-EU foi adaptado culturalmente e validado ao contexto português (HLS-EU-PT) mais tarde, por Soboga-Nunes e Sorensen (2013).

A avaliação da LS no contexto português segue como metodologia o protocolo estabelecido pelo consórcio europeu HLS-EU. O modelo conceptual engloba três dimensões: cuidados de saúde (16 itens), promoção da saúde (15 itens) e prevenção da doença (16 itens); e quatro níveis de processamento da informação essenciais à tomada

de decisão: acesso, compreensão, avaliação e utilização. A tomada de decisão é analisada a partir da combinação destas três dimensões e destes quatro níveis, o que gera as 12 subdimensões que dão corpo aos vários indicadores do instrumento HLS-EU-PT (Tabela 4). Estas dimensões são operacionalizadas por 47 itens em que a escala varia entre 1 e 4 valores (do muito difícil ao muito fácil), na qual a pessoa diz o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. Na versão portuguesa o questionário tem mais 3 grupos de questões que avaliam áreas relativas aos estilos de vida, informação nutricional e caracterização sociodemográfica (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013). O HLS-EU-PT mantém as propriedades psicométricas da escala original, tendo sido validada numa amostra de 750 inquiridos, em que se obteve uma boa consistência interna com um coeficiente de *alfa de Cronbach* de 0.95 (Saboga-Nunes e Sorensen, 2013).

Tabela 4.

Subdimensões da LS (HLS-EU-PT)

Literacia para a Saúde (47I)	Aceder/Obter informação relevante para a saúde (13I)	Compreender a informação relevante para a saúde (11I)	Avaliar/Apreciar/Julgar a informação relevante para a saúde (12I)	Utilizar/Aplicar a informação relevante para a saúde (11I)
Cuidados de Saúde (16I)	Capacidade de aceder a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos (I1-I4)	Capacidade de compreender a informação médica e do seu significado (I5-I8)	Capacidade de interpretar e avaliar as informações médicas (I9-I12)	Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas (I13-I16)
Prevenção da Doença (15I)	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco (I17-I20)	Capacidade de compreender os fatores de risco e do seu significado (I21-I23)	Capacidade de interpretar e avaliar as informações relacionadas com os fatores de risco (I24-I28)	Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco (I29-I31)
Promoção da Saúde (16I)	Capacidade de atualização sobre questões de saúde (I32-I36)	Capacidade de compreender a informação relacionada com a saúde e o seu significado (I37-I40)	Capacidade de interpretar e avaliar as informações sobre questões relacionadas com a saúde (I41-I43)	Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde (I44-I47)

Legenda: I: item

O tratamento de dados obtidos com esta escala é feito com base nos valores médios dos diferentes itens do questionário, calculando os índices, que são depois padronizados com

um mínimo de 0 e máximo de 50, em que 0 representa o mínimo de LS possível e 50 representa a melhor possível. Surgem assim 4 categorias:

- 0-25 pontos - Literacia inadequada;
- >25-33 pontos - Literacia problemática;
- >33-42 pontos - Literacia suficiente;
- >42-50 pontos - Literacia excelente (Marques, 2015).

Para detetar grupos vulneráveis, os níveis “inadequado” e “problemático” podem ser agrupados num único nível, chamado de “literacia limitada para a saúde” (0-33 pontos). Para calcular o nível de literacia aplica-se a seguinte fórmula: Índice = (média – 1) * (50/3).

O HLS-EU-PT está a ser utilizado em jovens em idade escolar para fazer o diagnóstico do nível de literacia para a saúde e avaliar estilos de vida, no âmbito do PNSE, numa parceria entre várias instituições de saúde e de educação. Está incluído num questionário mais abrangente denominado “Estilos de vida e saúde. Qual é o teu?”, disponível em <http://www.observaport.org/>.

3.6. Considerações éticas e procedimento de recolha de dados

Os aspetos éticos a ter em conta em qualquer trabalho de investigação são a obtenção de consentimento informado e a preservação da privacidade (Gerhardt e Silveira, 2009).

Segundo a declaração de Helsínquia quando se estudam populações vulneráveis, como é o caso de crianças, deve ter-se em conta se o estudo dá “*resposta a prioridades e necessidades de saúde dessa população ou comunidade e se há uma probabilidade razoável de que essa população ou comunidade venha a beneficiar dos resultados da investigação*” (p. 2), e também avaliar “*os incómodos previsíveis, para os indivíduos ou comunidades envolvidos, comparando com os benefícios expetáveis*” do estudo, nomeadamente interrupção de aulas para aplicação dos questionários.

Para a recolha de dados foi necessário obter a autorização da aplicação do HLS-EU-PT. A aplicação deste questionário está inserida no âmbito do projeto CrAdLiSa, o qual recebeu parecer favorável da DGE, através do MIME (Apêndice C – Autorização do Inquérito n.º 0447300003) e da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Apêndice D – Autorização n.º 9156/2014). De seguida solicitou-se autorização via e-mail ao Conselho Executivo da Escola (Apêndice E), que também deu a sua anuência (Apêndice F).

Para a aplicação dos questionários solicitou-se a colaboração da Coordenadora do Programa de Educação para a Saúde (PES), que entregou os consentimentos informados para os encarregados de educação (Apêndice G) aos diretores de turma e posteriormente os questionários. Estes foram aplicados nos meses de novembro e dezembro de 2017, em contexto de sala de aula pelos diretores de turma, aos alunos que devolveram o consentimento informado, e devolvidos em envelope fechado à Coordenadora PES. A investigadora recolheu na escola os questionários junto da Coordenadora PES.

3.7. Tratamento e análise de dados

A análise de dados serve para obter resultados e interpretá-los (Fortin et al., 2009). Os dados recolhidos foram tratados informaticamente no SPSS versão 25, tendo sido inseridos numa base de dados construída para o efeito. Quanto às variáveis em estudo foram identificadas três tipos de classificações de medidas: ordinais, nominais e escalares. A variável idade foi recodificada em dois grupos etários: 10-12 anos e 13-15 anos.

Numa primeira fase recorreu-se à estatística descritiva, calculando as frequências absolutas e relativas para todas variáveis. Foram calculadas as medidas de tendência central (média, moda e mediana), variância e desvio padrão para os índices de literacia.

Para verificar de as diferenças são estatisticamente significativas recorreu-se aos testes estatísticos adequados às hipóteses em estudo. Para testar as hipóteses H1, H2, H3 e H4 foram utilizados os testes paramétricos t-Student e ANOVA e, nas hipóteses H5 e H6 foi utilizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis uma vez que as variáveis em causa não cumpriam os pressupostos.

Estabeleceu-se o nível de significância estatística de $p \leq 0.05$ para todas as análises efetuadas.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os dados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados, aos alunos da amostra, que foram submetidos a tratamento estatístico e análise. Pois, como referem Fortin et al. (2009), é nesta fase que o investigador apresenta a análise estatística dos dados, efetuada por diversos testes e destaca o essencial dos resultados obtidos.

Estes resultados serão apresentados em quatro subcapítulos: caracterização sociodemográfica da amostra, caracterização sociodemográfica dos encarregados de educação, participação nos PSE e nível de LS. Nos três primeiros subcapítulos é apresentada a análise da estatística descritiva e no último subcapítulo, para além desta, é também apresentada a análise inferencial através dos testes que nos permitiram testar as hipóteses formuladas.

Os resultados serão apresentados em tabelas cujas fontes serão omissas uma vez que resultaram todas do presente estudo.

4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A caracterização dos alunos participantes no estudo foi efetuada quanto ao sexo, grupo etário, ano de escolaridade e subsídio escolar.

Do total da amostra (n= 64 alunos), verificou-se que existia uma predominância do sexo masculino (51,6%), a maioria enquadrava-se no grupo etário dos 13 aos 15 anos (53,1%), frequentava o 8º ano de escolaridade (32,8%) e tinha subsídio escolar (65,6%). (Tabela 5).

Tabela 5.

Caracterização sociodemográfica da amostra (n=64)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	33	51,6
Feminino	29	45,3
Não respondeu	2	3,1
Grupo etário		
10-12 anos	25	39,1
13-15 anos	34	53,1
Não respondeu	5	7,8
Ano de escolaridade		
5º ano	16	25
7º ano	15	23,4
8º ano	21	32,8
9º ano	12	18,8
Subsidio escolar		
Sim	42	65,6
Não	15	23,4
Não respondeu	7	11,0
Total	64	100

4.2. Caracterização sociodemográfica dos encarregados de educação

Relativamente aos encarregados de educação (EE) dos alunos em estudo, verificou-se que a sua escolaridade predominante era o Nível 1 (30,6%), a situação perante o trabalho era ter um emprego ou profissão, incluindo trabalho não remunerado numa empresa ou sociedade gestora de participação sociais (SGPS), um estágio de aprendizagem paga, etc. (26,2%) e relativamente à profissão a maioria incluía-se no grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, segundo a classificação nacional de profissões do INE (2011) (58,1%) (Tabela 6).

Tabela 6.

Caracterização sociodemográfica dos EE (n=64)

Variáveis	n	%
Escolaridade		
Nível 1 (1º ou 2º ciclo do Ensino Básico)	15	30,6
Nível 2 (3º ciclo do Ensino Básico)	13	26,5
Nível 3 (Ensino Secundário)	11	22,4
Nível 4 (Ensino Superior)	10	20,4
Total	49	100
Situação perante o trabalho		
Emprego em empresa familiar ou SGPS,etc	17	26,2
Tempo integral	6	9,2
Desempregado	2	3,1
Estudante	1	1,5
Militares ou serviço permanente	3	4,6
Dona de casa/pai ou cuidador	1	1,5
Outros	7	11,9
Não responde	21	37,3
Total	59	100
Profissão		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	4	6,5
Técnicos e profissões de nível intermédio	5	8,1
Pessoal administrativo	1	1,6
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	36	58,1
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	2	3,2
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	2	3,2
Trabalhadores não qualificados	12	19,4
Total	62	100

4.3. Participação em Programas de Saúde Escolar

O Agrupamento Escolar ao qual pertence a escola em estudo tem várias atividades no âmbito da SE, organizadas e/ou em parceria com a equipa do Centro de Saúde. Este não tem uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) constituída sendo que dá resposta através de uma equipa de SE, constituída por enfermeiros (2) e outros técnicos que dão

pontualmente apoio (nutricionista, dentista, psicólogo, técnica de saúde ambiental e assistente social), bem como profissionais do agrupamento.

As principais atividades desenvolvidas pela equipa de SE são no âmbito da saúde oral (SO), alimentação saudável, sexualidade e comportamentos de risco. A SO é uma área mais desenvolvida com os alunos no pré-escolar e no 1º ciclo, segundo diretrizes da DGS. Para dar apoio ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) está implementado o projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE), criado em julho de 2011 numa parceria entre o Plano Nacional de Leitura, a rede de Bibliotecas Escolares e a DGS, que reúne a SO e bibliotecas escolares no sentido de desenvolver ações de promoção da leitura, felicidade e saúde. Este projeto pretende aumentar a divulgação da SO, divulgar a importância que esta área tem para as famílias e crianças e aumentar o número de parcerias com as escolas. São envolvidas todas as bibliotecas escolares do país e estão previstos a distribuição de kits de higiene oral (dentífrico e escova) aos alunos integrados no projeto, que é feito mediante candidatura conjunta do setor da educação e da saúde (DGS, s.d.). No contexto onde este estudo foi desenvolvido o projeto apenas fornece os kits de higiene oral, não sendo desenvolvido na íntegra, nomeadamente com o envolvimento da biblioteca escolar nas ações de promoção de SO e apoio aos professores e alunos.

A área da Alimentação Saudável é trabalhada em todos os ciclos escolares, também de acordo com as normas da DGS, nomeadamente lanches saudáveis, máquinas de venda automática de alimentos e os alimentos vendidos nos bares e cantinas. O Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) conforme é proposto pela Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) apenas é aplicado no ensino pré-escolar (PASSEzinho) e no 3º ano de escolaridade (PAS³ – Programa de Alimentação Saudável no 3º Ano).

No âmbito da sexualidade é desenvolvido o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar da ARSN (PRESSE) no 2º e 3º ciclo, sendo que as atividades neste âmbito são desenvolvidas pela enfermeira responsável pela SE, trabalhando as doenças sexualmente transmissíveis entre outros temas.

Outras áreas a que os enfermeiros dão muita importância nestes dois ciclos são os comportamentos de risco relacionados com consumos de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas), vício de jogo, Suporte Básico de Vida (SBV), higiene do sono e bullying. No 9º ano de escolaridade são realizadas sessões sobre SBV, no âmbito do currículo

escolar, mas sempre com o apoio da equipa de SE, que aproveita este período de ações para ministrar também ao pessoal docente e não docente. No ano letivo 2016/17 a equipa trabalhou a higiene do sono em todos os ciclos e este ano está a desenvolver a temática do bullying.

Assim, todos os alunos em estudo têm e/ou tiveram, em algum momento, contato com a equipa e os PSE. Atendendo às respostas obtidas, verificou-se que a maioria dos alunos participava nos PSE (58,7%), sendo que há uma percentagem significativa que não sabe ou esqueceu se participou ou não nestes programas (Figura 3).

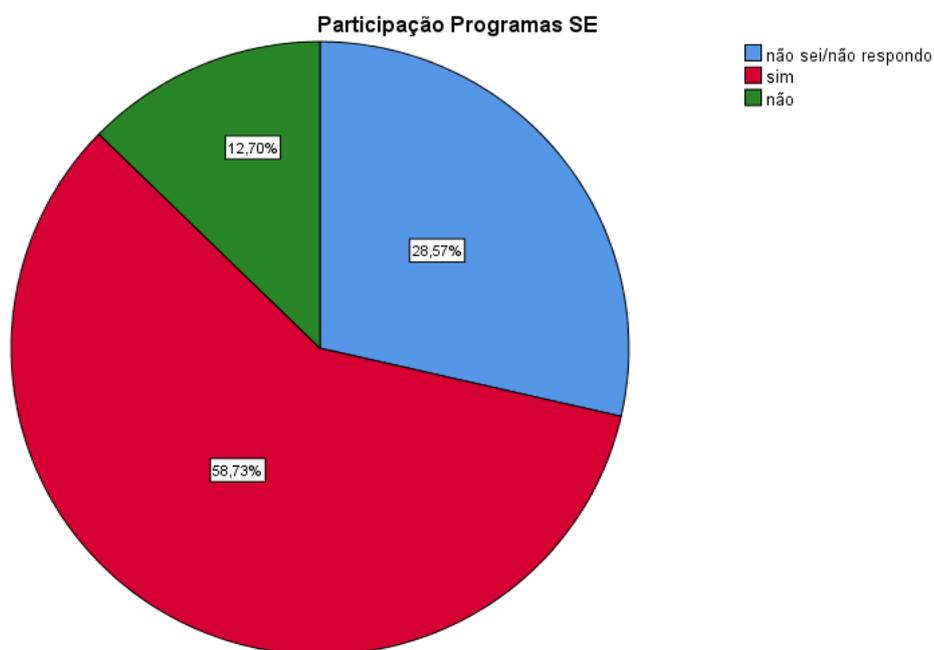


Figura 3. Percentagem de alunos que participam em PSE

4.4. Nível de literacia para a saúde

Relativamente ao nível de LS dos alunos participantes no estudo, foi avaliada a “Literacia Global” (I1 a I47), as três dimensões de LS: “Cuidados de Saúde” (I1 a I16), “Prevenção

da Doença” (I17 a I31) e “Promoção da Saúde” (I32 a I47), e os quatro níveis de processamento de informação (aceder, compreender, avaliar e utilizar).

Na tabela seguinte apresenta-se a distribuição das respostas dos alunos em cada um dos 47 itens do questionário. Os itens que mais contribuíram para um nível de literacia mais elevado, por ordem decrescente, foram o item 14 “Seguir instruções sobre medicação?”, o item 4 “Descobrir onde obter ajuda especializada quando estás doente?”, o item 16 “Seguir as instruções do teu médico ou farmacêutico?”, o item 15 “Compreender o que o teu médico diz?”, o item 37 “Compreender conselhos sobre a saúde que te chegam dos familiares ou amigos?” e o item 38 “Compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?” nos quais, respetivamente, 92,1%, 90,6%, 90,6%, 89,1%, 86,0% e 85,9%, dos alunos considerou ser fácil ou muito fácil atingir.

Por outro lado, os itens que menos contribuíram para um nível de literacia mais elevado, por ordem decrescente, foram o item 9 “Avaliar como é que a informação oriunda do teu médico se aplica ao teu caso?”, o item 2 “Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação?”, o item 10 “Avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?”, o item 35 “Saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde?” e o item 34 “Encontrar informações que indiquem como é que o teu bairro poderia ser mais amigo da saúde?” nos quais, respetivamente, 49,6%, 46,8%, 37,5%, 37,5% e 34,4%, dos alunos considerou ser difícil ou muito difícil (Tabela 7).

Por outro lado, há uma percentagem considerável ($\geq 25\%$) de alunos que considerou difícil ou muito difícil lidar com diversos aspetos nas 3 dimensões da LS. Assim, a dimensão mais problemática é a dos “Cuidados de Saúde”, pois associando as categorias difícil e muito difícil verifica-se que 34,6% dos alunos tinha dificuldade em encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação (I2), 31,2% em compreender a bula (os folhetos) que acompanham o medicamento (I6) e 25% tem dificuldade em compreender o que fazer numa emergência médica (I7), avaliar como é que a informação oriunda do médico se aplica ao seu caso (I9) e avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento (I10). Na dimensão “Prevenção da Doença” a maior dificuldade está em encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão (I18) (25%), seguindo-se avaliar quais são as vacinas de que podem precisar (I26) e avaliar que exames de saúde precisam de fazer (I27), ambas com 23,5% dos inquiridos. Por último, na dimensão “Promoção da Saúde”

28,2% dos alunos referiu dificuldade em saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde (I35).

Tabela 7:

Percentagem de respostas nas diferentes opções dos 47 itens da escala de LS

Item	Numa escala de muito fácil a muito difícil quão fácil dirias que é:	1 muito difícil (%)	2 difícil (%)	3 fácil (%)	4 muito fácil (%)	5 não sei (%)
I1	Encontrar informações sobre sintomas de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação?	4,7	6,3	42,2	35,9	10,9
I2	Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação?	6,3	28,1	31,3	21,9	12,5
I3	Descobrir o que fazer em caso de emergência médica?	4,7	17,2	31,3	42,2	4,7
I4	Descobrir onde obter ajuda especializada quando estás doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)	4,7	1,6	40,6	50,0	3,1
I5	Compreender o que o teu médico diz?	1,6	14,1	45,3	35,9	3,1
I6	Compreender a bula (os folhetos) que acompanham o teu medicamento?	7,8	23,4	34,4	28,1	6,3
I7	Compreender o que fazer numa emergência médica?	4,7	20,3	42,2	29,7	3,1
I8	Compreender instruções do teu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento receitado?	4,7	10,9	45,3	37,5	1,6
I9	Avaliar como é que a informação oriunda do teu médico se aplica ao teu caso?	3,1	21,9	23,8	26,6	15,6
I10	Avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?	3,1	21,9	35,9	26,6	12,5
I11	Avaliar quando podes necessitar de uma segunda opinião de outro médico?"	1,6	21,9	42,2	31,3	3,1
I12	Avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança?	1,6	20,3	42,2	32,8	3,1
I13	Usar informações que o teu médico te dá para tomar decisões sobre a tua doença?	3,1	17,2	51,6	26,6	1,6
I14	Seguir instruções sobre medicação?	0	6,3	48,3	43,8	1,6
I15	Chamar uma ambulância em caso de emergência?	0	7,8	32,8	56,3	3,1
I16	Seguir as instruções do teu médico ou farmacêutico?	0	6,3	37,5	53,1	3,1
I17	Encontrar informações para gerir comportamentos que afetam a tua saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?	1,6	10,9	37,5	35,9	14,1
I18	Encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como stress ou depressão?	4,7	20,3	40,6	29,7	4,7
I19	Encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devias fazer?	6,3	17,2	35,9	31,3	9,4
I20	Encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto?	3,1	18,8	37,5	29,7	10,9
I21	Compreender advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?	9,4	7,8	34,4	34,4	14,1
I22	Entender porque precisas de vacinas?	0	14,1	31,3	50,0	4,7
I23	Entender porque precisas de exames de saúde? (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)	3,1	14,1	39,1	40,6	3,1
I24	Avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?	6,3	10,9	37,5	35,9	9,4

Tabela 7:

Percentagem de respostas nas diferentes opções dos 47 itens da escala de LS (continuação)

Item	Numa escala de muito fácil a muito difícil quão fácil dirias que é:	1 muito difícil (%)	2 difícil (%)	3 fácil (%)	4 muito fácil (%)	5 não sei (%)
I25	Avaliar quando precisas de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?	0	14,1	40,6	40,6	4,7
I26	Avaliar quais são as vacinas de que podes precisar?	4,7	18,8	42,2	31,3	3,1
I27	Avaliar que exames de saúde precisas de fazer?	4,7	18,8	43,8	31,3	1,6
I28	Avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos média são de confiança?	3,1	23,4	35,9	34,4	3,1
I29	Decidir se deves fazer a vacina contra a gripe?	9,4	7,8	39,1	40,6	3,1
I30	Decidir como te podes proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	3,1	14,1	45,3	29,7	7,8
I31	Decidir como podes proteger-te da doença com base em informações com origem nos meios de comunicação?	6,3	10,9	45,3	28,1	9,4
I32	Encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?	1,6	9,4	26,6	54,7	7,8
I33	Saber mais sobre as atividades que são boas para o teu bem-estar mental?	3,1	9,4	40,6	39,1	7,8
I34	Encontrar informações que indiquem como é que o teu bairro poderia ser mais amigo da saúde?	3,1	18,8	29,7	35,9	12,5
I35	Saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde?	9,4	18,8	40,6	21,9	9,4
I36	Saber mais sobre os esforços para promover a tua saúde em meio escolar?	9,4	7,8	32,8	42,2	7,8
I37	Compreender conselhos sobre a saúde que te chegam dos familiares ou amigos?	4,7	4,7	42,2	43,8	4,7
I38	Compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?	3,1	7,8	50,0	35,9	3,1
I39	Compreender a informação com origem nos meios de comunicação sobre a forma de te tornares mais saudável?	0	10,9	39,1	37,7	12,5
I40	Compreender a informação que visa manter a mente saudável?	1,6	9,4	42,2	34,4	12,5
I41	Avaliar como o local onde vives afeta a tua saúde e bem-estar?	4,7	10,9	34,4	42,2	7,8
I42	Avaliar como as tuas condições de habitação te ajudam a permanecer saudável?	1,6	15,6	35,9	35,9	10,9
I43	Avaliar que comportamento diário está relacionado com a tua saúde?	4,7	9,4	39,1	37,5	9,4
I44	Tomar decisões para melhorar a tua saúde?	1,6	12,5	29,7	46,9	9,4
I45	Entrar num clube de desporto ou aulas num ginásio se desejares?	1,6	10,9	32,8	46,9	7,8
I46	Influenciar as condições da tua vida que afetam a tua saúde e bem-estar?	4,7	7,8	28,1	43,8	15,6
I47	Tomar parte das atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na tua comunidade?	1,6	7,8	31,3	46,9	12,5

Na aplicação da fórmula de cálculo da literacia, a média da pontuação obtida (Tabela 8), é de 32,37 na LS global o que corresponde ainda a uma LS problemática, embora quase no limite da LS Suficiente. O mesmo se verifica nas três dimensões em que a média varia entre 31,79 na “Prevenção da Doença” e 32,94 nos “Cuidados de Saúde”. Se analisarmos

os quatro níveis de processamento verifica-se que os alunos tinham LS suficiente na capacidade de “compreender” e “utilizar” informação de saúde.

Tabela 8.

Medidas de tendência central e de dispersão do índice global, dimensões e níveis de processamento da LS

Variável	n	Média	Mediana	Dp	Mín.	Máx.
Índice Global de LS	64	32,37	34,40	11,42	0,35	50
ILS CS	64	32,94	34,37	10,78	0,00	50
ILS PD	64	31,79	33,33	12,55	0,00	50
ILS PS	64	32,36	35,42	14,02	0,00	50
ILS Aceder	64	30,95	33,33	13,41	0,00	50
ILS Compreender	64	33,07	34,85	11,33	6,06	50
ILS Avaliar	64	31,49	33,33	11,83	4,17	50
ILS Utilizar	64	34,33	37,12	11,73	1,52	50

Legenda: Dp: desvio padrão; Mín.: mínimo; Máx.: máximo; LS – Literacia para a Saúde; ILS: Índice de literacia para a saúde; CS: Cuidados de saúde; PD: prevenção da doença; PS: promoção da saúde

Na tabela 9 verifica-se que o nível de LS do maior grupo de alunos era suficiente (34,4%), o mesmo ocorre nas dimensões dos “Cuidados de Saúde” e “Prevenção da Doença”, sendo que na dimensão da “Promoção da Saúde” o nível de LS do maior grupo de alunos era excelente (32,3%), sendo por isso a dimensão com melhor nível.

Tabela 9.

Distribuição dos alunos pelas categorias do Nível de LS Global e pelas suas dimensões

Variável	Inadequada		Problemática		Suficiente		Excelente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
LS Global	17	26,6	11	17,2	22	34,4	14	21,9
LS Cuidados de Saúde	15	23,4	13	20,3	24	37,5	12	18,8
LS Prevenção da Doença	16	25,4	11	17,5	23	36,5	13	20,6
LS Promoção da Saúde	17	27,4	6	9,7	19	30,6	20	32,3

Legenda: LS – Literacia para a Saúde

Para detetar grupos vulneráveis, os níveis “inadequado” e “problemático” foram agrupados num único nível, chamado de “alfabetização limitada para a saúde” (0-33 pontos). Analisando a tabela 10 verificava-se que na nossa amostra este nível rondava os 40% em todas as dimensões, sendo que a dimensão em que a proporção de LS limitada era menor constatava-se na dimensão “Promoção da Saúde”.

Tabela 10.

Nível de LS Global e por dimensão, agrupados em 2 categorias

Variável	LS limitada		LS não limitada	
	n	%	n	%
LS Global	28	43,8	36	56,3
LS Cuidados de Saúde	28	43,8	36	56,3
LS Prevenção da Doença	27	42,9	36	57,1
LS Promoção da Saúde	23	37,1	39	62,9

Legenda: LS – Literacia para a Saúde

Analisando o nível de LS nas 12 subdimensões (tabela 11) observou-se que as maiores proporções do nível limitado (inadequado e problemático) se encontravam no nível de processamento **aceder** à informação sobre “Prevenção da Doença” (46,6%), em **compreender** a informação médica sobre os “Cuidados de Saúde” (43,8%), em **avaliar** e interpretar informações médicas sobre “Cuidados de Saúde” (46,7%) e em **utilizar** corretamente as informações sobre fatores de risco na “Prevenção da Doença” (32,8%).

Tabela 11.

Subdimensões da LS

Literacia para a Saúde	Aceder		Compreender		Avaliar		Utilizar	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuidados de Saúde								
Inadequada	19	30,2	20	31,3	19	31,7	8	12,5
Problemática	6	9,5	8	12,5	9	15	6	9,4
Suficiente	23	36,5	21	32,8	22	36,7	26	40,6
Excelente	15	23,8	15	23,4	10	16,7	24	37,5
Prevenção da Doença								
Inadequada	17	28,3	14	22,2	15	23,8	14	23
Problemática	11	18,3	8	12,7	8	12,7	6	9,8
Suficiente	19	31,7	20	31,7	25	19,7	23	37,7
Excelente	13	21,7	21	33,3	15	23,8	18	29,5
Promoção da Saúde								
Inadequada	13	21,3	17	27	19	30,6	17	27,9
Problemática	14	23	3	4,8	0	0	1	1,6
Suficiente	13	21,3	24	38,1	21	33,9	21	34,4
Excelente	21	34,4	19	30,2	22	35,5	22	36,1

Legenda: LS – Literacia para a Saúde

Depois de apresentada a estatística descritiva, que caracteriza as variáveis em estudo, foi efetuada a estatística inferencial de forma a testar as hipóteses formuladas inicialmente para este estudo.

Relativamente à relação de dependência entre o ILS global não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo (t: $p \geq 0,816$), ter subsídio escolar (t: $p \geq 0,059$) e nível de escolaridade dos encarregados de educação (KW: $p \geq 0,123$).

O nível de LS Global difere significativamente entre os grupos etários (t: $p < 0,002$), sendo que os alunos mais velhos obtiveram uma média mais elevada e por isso possuíam um nível de LS global mais elevado.

Também se constatarem diferenças estatísticas significativas entre o nível de LS Global dos diferentes anos de escolaridade, nomeadamente, entre o 5º e 9º ano de escolaridade (Post-Hoc: $p < 0,004$), sendo que o 9º ano era o que apresentava um ILS superior (ANOVA: $p < 0,008$). A média aumentava com o ano de escolaridade, existindo uma exceção do 7º para o 8º ano de escolaridade, em que diminuiu ligeiramente.

Verificaram-se, ainda, diferenças estatísticas significativas entre o nível de LS dos alunos quanto à participação em PSE (KW: $p < 0,010$), sendo que os alunos que participaram nos PSE obtiveram uma média de ordenação mais elevada e por consequência, detinham um nível de LS Global mais elevado (Tabela 12).

Tabela 12.

Resultados dos testes estatísticos entre a variável ILS Global e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS*Sexo				
Masculino	33	32,01	t=-0,234	0,816
Feminino	29	32,69		
Total	62			
ILS*Grupo etário				
10-12anos	25	27,03	t=-3,226	0,002
13-15anos	34	35,85		
Total	59			
ILS*Ano escolaridade				
5º ano	16	25,44	ANOVA=1466,766	0,008
7º ano	15	33,50		
8º ano	21	32,56	Post-Hoc=-14,45 (5º e 9º anos)	0,004
9º ano	12	39,89		
Total	64			
ILS*Subsídio escolar				
Sim	42	31,01	t=-1,92	0,059
Não	15	37,52		
Total	57			

Legenda: p: nível de significância; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

Tabela 12.

Resultados dos testes estatísticos entre a variável ILS Global e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE (continuação)

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS* Escolaridade EE				
Nível 1	15	19,60	KW=5,77	0,123
Nível 2	13	22,35		
Nível 3	11	29,73		
Nível 4	10	31,35		
Total	49			
ILS*Participação em PSE				
Sim	37	37,89	KW=9,29	0,010
Não	8	34,44		
Não sei/não respondo	18	23,25		
Total	63			

Legenda: p: nível de significância; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

Quanto à relação de dependência entre a dimensão da LS “Cuidados de Saúde” e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE não se constataram diferenças estatísticas significativas quanto ao sexo (t: $p \geq 0,980$), ter subsídio escolar (t: $p \geq 0,074$) e nível de escolaridade do EE (KW: $p \geq 0,312$).

Na relação com o grupo etário, ano de escolaridade e participação em PSE encontraram-se diferenças estatisticamente significativas.

O nível de LS da dimensão “Cuidados de Saúde”, difere significativamente entre os grupos etários, sendo que eram os alunos mais velhos que apresentavam um maior nível de LS nesta dimensão (t: $p < 0,001$).

Na relação com o ano de escolaridade eram os alunos que frequentavam o 9º ano que tinham um nível de LS mais elevado na dimensão “Cuidados de Saúde” (ANOVA: $p < 0,016$), sendo que a maior diferença entre médias foi encontrada entre o 5º e 9º anos (Post-Hoc: $p < 0,010$).

Quanto à relação com a participação nos PSE também se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Cuidados de Saúde” (KW: $p < 0,033$), sendo que os alunos que participaram nas atividades obtiveram uma média de ordenação superior, logo detinham mais LS nesta dimensão.

Tabela 13.

Resultados dos testes estatísticos entre a variável dimensão do ILS Cuidados de Saúde e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS CS*Sexo				
Masculino	33	32,80	t=-0,025	0,980
Feminino	29	32,87		
Total	62			
ILS CS*Grupo etário				
10-12anos	25	27,79	t=-3,341	0,001
13-15anos	34	36,30		
Total	59			
ILS CS*Ano escolaridade				
5º ano	16	26,43	ANOVA=1155,16	0,016
7º ano	15	34,51		
8º ano	21	33,33	Post-Hoc=3,87	0,010
9º ano	12	38,97		
Total	64			
ILS CS*Subsidio escolar				
Sim	42	31,72	t=-1,820	0,074
Não	15	37,43		
Total	57			
ILS CS* Escolaridade EE				
Nível 1	15	19,53	KW=3,566	0,312
Nível 2	13	25,73		
Nível 3	11	27,50		
Nível 4	10	29,50		
Total	49			
ILS CS*Participação em PSE				
Sim	37	36,96	KW=6,813	0,033
Não	8	27,56		
Não sei/não respondo	18	23,78		
Total	63			

Legenda: p: nível de significância; CS: Cuidados de Saúde; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

Na dimensão da “Prevenção da Doença” relacionada com as restantes variáveis segue a mesma linha de significância da dimensão anterior. O sexo, o nível de educação dos EE e o subsídio escolar não são discriminativos (t: $p \geq 0,752$, KW: $p \geq 0,149$ e t: $p \geq 0,100$, respetivamente).

As restantes variáveis apresentam as diferenças estatisticamente significativas no mesmo sentido da dimensão “Cuidados de Saúde” (Tabela 14). Ou seja, os alunos mais velhos apresentavam maior nível de LS nesta dimensão (t: $p < 0,003$), assim como os que frequentavam o 9º ano de escolaridade (ANOVA: $p < 0,005$) e os que participaram nos PSE (KW: $p < 0,007$).

Tabela 14.

Resultados dos testes estatísticos entre a variável dimensão do ILS Prevenção da Doença e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS PD*Sexo				
Masculino	33	31,01	t=-0,317	0,752
Feminino	29	32,03		
Total	62			
ILS PD*Grupo etário				
10-12anos	25	25,60	t=-3,104	0,003
13-15anos	34	35,16		
Total	59			
ILS PD*Ano escolaridade				
5º ano	16	23,82	ANOVA=1899,352	0,005
7º ano	15	32,59		
8º ano	21	32,43	Post-Hoc=4,42	0,002
9º ano	12	40,28		
Total	64			
ILS PD*Subsidio escolar				
Sim	42	30,55	t=-1,671	0,100
Não	15	36,89		
Total	57			
ILS PD* Escolaridade EE				
Nível 1	15	19,40	KW=5,331	0,149
Nível 2	13	23,19		
Nível 3	11	31,09		
Nível 4	10	29,05		
Total	49			
ILS PD*Participação em PSE				
Sim	37	37,96	KW=9,8103	0,007
Não	8	26,50		
Não sei/não respondo	18	22,19		
Total	63			

Legenda: p: nível de significância; PD: Prevenção da Doença; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

Analisando a tabela 15 que apresenta a relação entre o ILS na dimensão “Promoção da Saúde” e variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE, verifica-se que apenas há diferenças estatisticamente significativas na relação com o grupo etário e a participação em PSE.

Constataram-se diferenças estatísticas significativas entre o nível de literacia dos grupos etários na dimensão “Promoção da Saúde” (t: $p < 0,017$), tendo os alunos mais velhos obtido a média mais elevada, ou seja, apresentavam melhor nível de literacia.

Observaram-se diferenças estatísticas significativas entre o grupo de alunos que participaram em PSE e os que não participaram (KW: $p < 0,016$), sendo que os alunos que participaram nos PSE tinham um ILS na “Promoção da Saúde” mais elevado.

Tabela 15.

Resultados dos testes estatísticos entre a variável dimensão do ILS Promoção da Saúde e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS PS*Sexo				
Masculino	33	32,16	t=-0,277	0,783
Feminino	29	33,12		
Total	62			
ILS PS*Grupo etário				
10-12anos	25	27,62	t=-2,465	0,017
13-15anos	34	36,03		
Total	59			
ILS PS*Ano escolaridade				
5º ano	16	25,98	ANOVA=1456,373	0,056
7º ano	15	33,33		
8º ano	21	31,89	Post-Hoc=5,15	0,033
9º ano	12	40,45		
Total	64			
ILS PS*Subsidio escolar				
Sim	42	30,73	t=-1,781	0,080
Não	15	38,19		
Total	57			
ILS PS* Escolaridade EE				
Nível 1	15	21,83	KW=5,955	0,114
Nível 2	13	20,08		
Nível 3	11	27,73		
Nível 4	10	33,15		
Total	49			
ILS PS*Participação em PSE				
Sim	37	37,54	KW=8,224	0,016
Não	8	23,50		
Não sei/não respondo	18	24,39		
Total	63			

Legenda: p: nível de significância; PS: Promoção da Saúde; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

Quando se analisa a relação de dependência da LS nos quatro níveis de processamento (aceder, compreender, avaliar e utilizar) com as variáveis sociodemográficas dos alunos em estudo, dos EE e da participação em PSE obtiveram-se os resultados presentes nas tabelas seguintes.

Quanto à relação do nível de processamento “aceder” com as variáveis sociodemográficas dos alunos verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas com o grupo etário e o ano de escolaridade.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários no nível “aceder” (t: $p < 0,002$), sendo os mais velhos os que têm mais LS neste nível.

Também se verificaram diferenças estatísticas entre os diferentes anos de escolaridade neste nível de processamento (ANOVA: $p < 0,005$), mantendo-se a tendência anterior de maior diferença de médias entre o 5º e 9º ano de escolaridade (Post-Hoc: $p < 0,003$), sendo os alunos do 9º ano que tinham maior LS neste nível.

A participação nos PSE mostrou-se mais uma vez discriminativa (KW: $p < 0,007$), sendo que os alunos que participaram tinham mais facilidade em aceder e obter informação relevante para a saúde.

Tabela 16.

Resultados dos testes estatísticos entre o nível de processamento do ILS Aceder e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS Aceder*Sexo				
Masculino	33	29,606	t=-0,662	0,510
Feminino	29	31,87		
Total	62			
ILS Aceder *Grupo etário				
10-12anos	25	24,15	t=-3,258	0,002
13-15anos	34	34,88		
Total	59			
ILS Aceder *Ano escolaridade				
5º ano	16	21,95	ANOVA=2162,927	0,005
7º ano	15	33,33		
8º ano	21	31,50	Post-Hoc=4,72	0,003
9º ano	12	38,99		
Total	64			
ILS Aceder *Subsidio escolar				
Sim	42	29,76	t=-1,584	0,119
Não	15	36,15		
Total	57			
ILS Aceder * Escolaridade EE				
Nível 1	15	19,30	KW=5,129	0,163
Nível 2	13	23,62		
Nível 3	11	30,91		
Nível 4	10	28,85		
Total	49			
ILS Aceder *Participação em PSE				
Sim	37	38,08	KW=9,896	0,007
Não	8	23,81		
Não sei/não respondo	18	23,14		
Total	63			

Legenda: p: nível de significância; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

No nível de processamento “compreender” a tendência mantém-se na relação com as variáveis sociodemográficas dos alunos e dos EE, assim como na participação nos PSE.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre os grupos etários no nível “compreender” ($t: p < 0,002$), entre os diferentes anos de escolaridade (ANOVA: $p < 0,022$) e entre os alunos que participaram ou não nos PSE (KW: $p < 0,012$). Os alunos mais velhos, com maior escolaridade e que participaram em PSE detinham mais capacidade de compreender a informação relevante para a saúde.

Tabela 17.

Resultados dos testes estatísticos entre o nível de processamento do ILS Compreender e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS Compreender*Sexo				
Masculino	33	33,19	t=0,007	0,995
Feminino	29	33,18		
Total	62			
ILS Compreender *Grupo etário				
10-12anos	25	28,12	t=-3,257	0,002
13-15anos	34	36,76		
Total	59			
ILS Compreender *Ano escolaridade				
5° ano	16	26,89	ANOVA=1193,695	0,022
7° ano	15	32,42		
8° ano	21	34,41	Post-Hoc=4,09	0,003
9° ano	12	39,77		
Total	64			
ILS Compreender *Subsidio escolar				
Sim	42	31,53	t=-1,981	0,053
Não	15	38,18		
Total	57			
ILS Compreender * Escolaridade EE				
Nível 1	15	20,17	KW=4,188	0,242
Nível 2	13	23,69		
Nível 3	11	27,23		
Nível 4	10	31,50		
Total	49			
ILS Compreender *Participação em PSE				
Sim	37	37,73	KW=8,827	0,012
Não	8	24,75		
Não sei/não respondo	18	23,44		
Total	63			

Legenda: p: nível de significância; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

Na relação do nível de processamento “avaliar” com as variáveis sociodemográficas dos alunos verificou-se que, para além da idade e do ano de escolaridade, também o subsídio escolar é discriminativo.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários no nível “avaliar” (t: $p < 0,011$), sendo que aqui também os mais velhos eram os que detinham mais LS neste nível de processamento.

Nos diferentes anos de escolaridade também se verificaram diferenças estatísticas (ANOVA: $p < 0,013$), sendo a maior diferença entre médias obtidas pelos alunos do 5º e 9º ano de escolaridade (Post-Hoc: $p < 0,008$), com vantagem para os alunos do 9º ano, ou seja, eram estes alunos que apresentavam mais LS no nível “avaliar”.

Verificaram-se também diferenças estatísticas significativas entre a média dos alunos que auferiam ou não subsídio escolar no nível “avaliar” (t: $p < 0,044$), sendo que foram os alunos que não tinham subsídio escolar, os que obtiveram maior média de ordenação tendo, por isso, maior ILS em avaliar a informação relevante para a saúde.

A participação em PSE mostra-se mais uma vez discriminativa (KW: $p < 0,007$), sendo os alunos que participavam os que tinham mais facilidade em avaliar e julgar as informações importantes para a saúde.

Tabela 18.

Resultados dos testes estatísticos entre o nível de processamento do ILS Avaliar e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS Avaliar*Sexo				
Masculino	33	31,61	t=0,144	0,886
Feminino	29	31,18		
Total	62			
ILS Avaliar *Grupo etário				
10-12anos	25	26,83	t=-2,624	0,011
13-15anos	34	34,39		
Total	59			
ILS Avaliar *Ano escolaridade				
5º ano	16	24,65	ANOVA=1442,598	0,013
7º ano	15	33,70		
8º ano	21	31,02	Post-Hoc=4,23	0,008
9º ano	12	38,66		
Total	64			

Legenda: p: nível de significância; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

Tabela 18.

Resultados dos testes estatísticos entre o nível de processamento do ILS Avaliar e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE (continuação)

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS Avaliar *Subsidio escolar				
Sim	42	29,86	t=-2,065	0,044
Não	15	36,94		
Total	57			
ILS Avaliar * Escolaridade EE				
Nível 1	15	20,53	KW=4,694	0,196
Nível 2	13	22,00		
Nível 3	11	29,64		
Nível 4	10	30,50		
Total	49			
ILS Avaliar *Participação em PSE				
Sim	37	38,01	KW=9,901	0,007
Não	8	26,00		
Não sei/não respondo	18	22,31		
Total	63			

Legenda: p: nível de significância; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

Analisando o ILS no nível de processamento “utilizar” verificou-se que apenas a idade e o ano de escolaridade são discriminativos.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre a média dos grupos etários neste nível (t: $p < 0,005$), sendo os alunos do grupo etário 13-15 anos os que tinham mais LS no nível “utilizar”.

Nos diferentes anos de escolaridade observaram-se diferenças neste nível de processamento (ANOVA: $p < 0,024$), sendo os alunos do 9º ano os que detinham mais LS no nível “utilizar”.

Portanto, são os alunos mais velhos e que frequentavam o 9º ano que demonstraram ter mais facilidade em aplicar e utilizar a informação relevante para a saúde.

Tabela 19.

Resultados dos testes estatísticos entre o nível de processamento do ILS Utilizar e as variáveis sociodemográficas do aluno, do EE e participação em PSE

Variáveis	n	Média	Valor teste	p
ILS Utilizar*Sexo				
Masculino	33	34,11	t=-0,233	0,816
Feminino	29	34,80		
Total	62			
ILS Utilizar *Grupo etário				
10-12anos	25	29,57	t=-2,893	0,005
13-15anos	34	37,66		
Total	59			
ILS Utilizar *Ano escolaridade				
5° ano	16	28,98	ANOVA=1255,853	0,024
7° ano	15	34,54		
8° ano	21	33,62	Post-Hoc=4,24	0,013
9° ano	12	42,42		
Total	64			
ILS Utilizar *Subsidio escolar				
Sim	42	33,22	t=-1,667	0,101
Não	15	39,09		
Total	57			
ILS Utilizar * Escolaridade EE				
Nível 1	15	21,10	KW=4,259	0,235
Nível 2	13	21,69		
Nível 3	11	29,36		
Nível 4	10	30,35		
Total	49			
ILS Utilizar *Participação em PSE				
Sim	37	36,30	KW=5,040	0,080
Não	8	27,56		
Não sei/não respondo	18	25,14		
Total	63			

Legenda: p: nível de significância; t: t-Student; EE: Encarregados de Educação; KW: KruskalWallis; PSE: Participação em Programas de Saúde Escolar

Para analisarmos a relação entre as categorias da LS (L. inadequada, problemática, suficiente e excelente) e as variáveis sociodemográficas dos alunos, do EE e participação em PSE utilizamos o teste de Qui-quadrado de Pearson.

Em relação à variável sexo verifica-se na tabela 20 que esta variável apenas se relaciona com as categorias da LS na dimensão “Cuidados de Saúde”, observando-se diferenças estatisticamente significativas (χ^2 : $p < 0,024$). O sexo feminino obteve um RA de +3,1 casos do que o esperado na categoria L. Problemática e um percentual de 17,7% versus 3,2% do sexo masculino. A proporção de LS problemática é maior no sexo feminino. As alunas demonstraram pior ILS na dimensão dos “Cuidados de Saúde”.

Tabela 20.

Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável Sexo

Variáveis	Categorias	Masculino		Feminino		Valor Teste	p
		RA	%	RA	%		
ILS Global	L. Inadequada	0,3	14,5	-0,3	11,3	$\chi^2=2,534$	0,469
	L. Problemática	-1,2	6,5	1,2	11,3		
	L. Suficiente	1,2	22,6	-1,2	12,9		
	L. Excelente	-0,6	9,7	0,6	11,3		
ILS Global 2 categorias	L. Limitada	-0,7	21,0	0,7	22,6	$\chi^2=0,495$	0,609
	L. não limitada	0,7	32,3	-0,7	24,2		
ILS Cuidados de Saúde	L. Inadequada	0,9	14,5	-0,9	8,1	$\chi^2=9,473$	0,024
	L. Problemática	-3,1	3,2	3,1	17,7		
	L. Suficiente	1,2	24,2	-1,2	14,5		
	L. Excelente	0,8	11,3	-0,8	6,5		
ILS Prevenção da Doença	L. Inadequada	0,4	14,8	-0,4	11,5	$\chi^2=0,146$	0,986
	L. Problemática	-0,2	8,2	0,2	8,2		
	L. Suficiente	0,0	19,7	0,0	18,0		
	L. Excelente	-0,2	9,8	0,2	9,8		
ILS Promoção da Saúde	L. Inadequada	0,0	14,8	0,0	13,1	$\chi^2=1,951$	0,583
	L. Problemática	-1,0	3,3	1,0	6,6		
	L. Suficiente	1,1	19,7	-1,1	11,5		
	L. Excelente	-0,5	14,8	0,5	16,4		
ILS Aceder	L. Inadequada	-0,2	13,3	0,2	13,3	$\chi^2=3,759$	0,289
	L. Problemática	-1,5	5,0	1,5	11,7		
	L. Suficiente	1,7	25,0	-1,7	13,3		
	L. Excelente	-0,5	8,3	0,5	10,0		
ILS Compreender	L. Inadequada	90,0	14,5	0,0	12,9	$\chi^2=0,983$	0,805
	L. Problemática	-1,0	4,8	1,0	8,1		
	L. Suficiente	0,4	19,4	-0,4	14,5		
	L. Excelente	0,3	14,5	-0,3	11,3		
ILS Avaliar	L. Inadequada	-0,1	16,1	0,1	14,5	$\chi^2=2,952$	0,399
	L. Problemática	-1,6	4,8	1,6	11,3		
	L. Suficiente	0,7	21,0	-0,7	14,5		
	L. Excelente	0,8	11,3	-0,8	6,5		
ILS Utilizar	L. Inadequada	0,7	12,9	-0,7	8,1	$\chi^2=2,150$	0,542
	L. Problemática	-1,2	6,5	1,2	11,3		
	L. Suficiente	0,8	17,7	-0,8	11,3		
	L. Excelente	-0,4	16,1	0,4	16,1		

Legenda: LS: Literacia para a Saúde; RA: Resíduo Ajustado; p: nível de significância; ILS: Índice de Literacia para a Saúde; l.: Literacia; χ^2 : Qui-quadrado de Pearson

A variável grupo etário já apresentou diferenças estatísticas significativas em quase todas as dimensões e níveis (Tabela 21), com exceção da dimensão “Promoção da Saúde” (χ^2 : $p \geq 0,121$) e do nível de processamento “avaliar” (χ^2 : $p \geq 0,059$).

No ILS Global verificaram-se diferenças estatísticas significativas (χ^2 : $p < 0,018$), sendo que os alunos do grupo etário 13-15 anos obtiveram um RA de +2,7 casos do que o esperado na categoria L. Excelente (18,6% versus 1,7% do grupo etário dos 10-12 anos), apresentando melhor nível de LS. Por sua vez o grupo etário dos 10-12 anos obteve um RA de +2,2 na L. Inadequada (16,9% versus 8,5%), o que significa que apresentavam um pior nível de LS global do que o grupo etário dos 13-15 anos.

Observaram-se diferenças estatísticas significativas entre os grupos etários nas dimensões “Cuidados de Saúde” (χ^2 : $p < 0,028$) e “Prevenção da Doença” (χ^2 : $p < 0,011$). Na dimensão “Cuidados de Saúde” obteve-se um RA de +2,9 casos do que o esperado na categoria L. Inadequada, no grupo etário 10-12 anos (16,9% versus 5,1% do grupo etário 13-15 anos). Por outro lado, o grupo etário dos 13-15 anos obteve um RA de +1,6 casos na L. Excelente. Ou seja, o nível de LS nos “Cuidados de Saúde” era pior nos alunos mais novos.

Na dimensão “Prevenção da Doença”, o grupo etário 13-15 anos obteve um RA de +2,4 casos do que o esperado na categoria L. Excelente (17,2% versus 1,7% no grupo etário 10-12 anos), enquanto que os alunos dos 10-12 anos obtiveram um RA de +2,0 casos do que o esperado na categoria L. Inadequado (17,2% versus 10,3%). O nível de LS nesta dimensão é mais elevado nos alunos dos 13-15 anos.

Analisando os níveis de processamento verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no “aceder” (χ^2 : $p < 0,002$), “compreender” (χ^2 : $p < 0,005$) e “utilizar” (χ^2 : $p < 0,034$). No nível de processamento “aceder” no grupo etário 10-12 anos obteve-se um RA de +3,2 casos do que o esperado na categoria L. Problemática (14% versus 1,8%). Por sua vez o grupo etário 13-15 anos obteve um RA de +2,2 casos na categoria L. Excelente (14,8% versus 1,8% no grupo etário 10-12 anos).

No nível de processamento “compreender” os alunos dos 10-12 anos obtiveram um RA de +3,1 casos que o esperado na categoria L. Inadequada (20,3% versus 6,8% que no grupo etário 13-15 anos), enquanto que os pertencentes ao grupo etário 13-15 anos obtiveram um RA de +2,1 casos que o esperado na categoria L. Suficiente (27,1% versus 8,5%). Por último, no nível de processamento “utilizar” o grupo etário 13-15 anos obteve um RA de +2,6 casos do que o esperado na categoria L. Excelente (25,4% versus 5,1% no outro grupo etário), enquanto que nos alunos dos 10-12 anos se obteve um RA de +1,9 casos do que o esperado na categoria L. Inadequada (13,6% versus 6,8%).

Assim, a proporção de alunos mais novos na literacia inadequada era mais elevada e a proporção dos mais velhos mais elevada na literacia excelente, ou seja, o nível de literacia aumenta com a idade.

Tabela 21.

Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável Grupo Etário

Variáveis	Categorias	10-12 anos		13-15 anos		Valor Teste	p MMC
		RA	%	RA	%		
ILS Global	L. Inadequada	2,2	16,9	-2,2	8,5	$\chi^2=10,145$	0,018
	L. Problemática	0,9	10,2	-0,9	8,5		
	L. Suficiente	-0,5	13,6	0,5	22,0		
	L. Excelente	-2,7	1,7	2,7	18,6		
ILS Global 2 categorias	L. Limitada	2,6	27,1	-2,6	16,9	$\chi^2=6,993$	0,016
	L. não limitada	-2,6	15,3	2,6	40,7		
ILS Cuidados de Saúde	L. Inadequada	2,9	16,9	-2,9	5,1	$\chi^2=9,029$	0,028
	L. Problemática	-0,3	8,5	0,3	13,6		
	L. Suficiente	-0,9	13,6	0,9	25,4		
	L. Excelente	-1,6	3,4	1,6	13,6		
ILS Prevenção da Doença	L. Inadequada	2,0	17,2	-2,0	10,3	$\chi^2=10,872$	0,011
	L. Problemática	1,7	10,3	-1,7	5,2		
	L. Suficiente	-1,2	12,1	1,2	25,9		
	L. Excelente	-2,4	1,7	2,4	17,2		
ILS Promoção da Saúde	L. Inadequada	1,4	15,5	-1,4	12,1	$\chi^2=5,810$	0,132
	L. Problemática	1,3	6,9	-1,3	3,4		
	L. Suficiente	-0,3	12,1	0,3	19,0		
	L. Excelente	-2,0	6,9	2,0	24,1		
ILS Aceder	L. Inadequada	0,9	14,0	-0,9	14,0	$\chi^2=14,819$	0,002
	L. Problemática	3,2	14,0	-3,2	1,8		
	L. Suficiente	-1,6	10,5	1,6	28,1		
	L. Excelente	-2,2	1,8	2,2	14,8		
ILS Compreender	L. Inadequada	3,1	20,3	-3,1	6,8	$\chi^2=12,080$	0,005
	L. Problemática	0,8	6,8	-0,8	5,1		
	L. Suficiente	-2,1	8,5	2,1	27,1		
	L. Excelente	-1,4	6,8	1,4	18,6		
ILS Avaliar	L. Inadequada	1,9	18,6	-1,9	11,9	$\chi^2=7,451$	0,061
	L. Problemática	1,2	10,2	-1,2	6,8		
	L. Suficiente	-2,1	8,5	2,1	27,1		
	L. Excelente	-0,9	5,1	0,9	11,9		
ILS Utilizar	L. Inadequada	1,9	13,6	-1,9	6,8	$\chi^2=8,471$	0,034
	L. Problemática	0,9	10,2	-0,9	8,5		
	L. Suficiente	0,2	13,6	-0,2	16,9		
	L. Excelente	-2,6	5,1	2,6	25,4		

Legenda: LS: Literacia para a Saúde; RA: Resíduo Ajustado; p: nível de significância; MMC: Método de Monte Carlo; ILS: Índice de Literacia para a Saúde; l.: Literacia; χ^2 : Qui-quadrado de Pearson

Na relação entre as categorias de LS e o ano de escolaridade dos alunos houve diferenças estatisticamente significativas no ILS Global ($\chi^2: p<0,047$), sendo que a LS tende a aumentar com o ano de escolaridade. A proporção de alunos no nível de LS excelente é superior no 9º ano. O 5º ano obteve um RA de +2,5 casos do que o esperado na categoria L. Inadequada (12,5% do 5º no versus 1,6% do 9º ano), enquanto o 9º ano obteve um RA de +3,4 casos do que o esperado, na categoria de L. Excelente (10,9% versus 1,6% do 5º ano). Isto significa que o nível de LS dos alunos do 9º ano é superior ao dos alunos do 5º ano

Esta tendência também se verificou nas dimensões “Prevenção da Doença” ($\chi^2: p<0,006$) e “Promoção da Saúde” ($\chi^2: p<0,005$) e no nível de processamento “avaliar” ($\chi^2: p<0,034$). Na dimensão “Prevenção da Doença”, o 9º ano obteve um RA de +3,6 casos do que o esperado na categoria L. Excelente (11,1% do 9º ano versus 1,6% do 5º ano), enquanto o 5º ano obteve um RA de +2,8 casos do que o esperado na categoria L. Inadequada (12,7% versus 1,6% no 9º ano).

Na dimensão “Promoção da Saúde” o 6º ano obteve um RA de +2,2 casos que o esperado na categoria L. Problemática (7,9% do 6º ano versus 0% do 9º ano), por outro lado o 9º ano obteve um RA de +2,8 casos do que o esperado na categoria L. Excelente (11,9% versus 1,6% do 5º ano).

No nível de processamento “avaliar”, o 5º ano obteve um RA de +3,1 casos que o esperado na categoria L. Inadequada (15,5% do 5º ano versus 1,6% do 9º ano), enquanto que o 9º ano obteve um RA de +2,3 casos do que o esperado na categoria L. Excelente (7,8% versus 3,1% do 5º ano).

Os alunos do 9º ano de escolaridade tinham maior capacidade para avaliar e interpretar informações relacionadas com fatores de risco e sobre questões relacionadas com a saúde.

Nas restantes dimensões e níveis de LS não se constataram diferenças estatisticamente significativas, como se pode verificar na tabela 22.

Tabela 22.

Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável Ano de Escolaridade

Variáveis	Categorias	5º		7º		8º		9º		Valor Teste	p MMC
		RA	%	RA	%	RA	%	RA	%		
ILS Global	L. Inadequada	2,5	12,5	-0,7	4,7	-0,3	7,8	-1,6	1,6	$\chi^2=16,909$	0,047
	L. Problemática	0,2	4,7	0,3	4,7	0,3	6,3	-0,9	1,6		
	L. Suficiente	0,9	6,3	1,1	10,9	0,4	12,5	-0,8	4,7		
	L. Excelente	-1,7	1,6	-0,9	3,1	-0,4	6,3	3,4	10,9		
ILS Global 2 categorias	L. Limitada	2,3	17,2	-0,3	9,4	-0,1	14,1	-2,1	3,1	$\chi^2=7,733$	0,053
	L. não limitada	-2,3	7,8	0,3	14,1	0,1	18,8	2,1	15,6		
ILS Cuidados de Saúde	L. Inadequada	2,9	12,5	-1,1	3,1	-0,6	6,3	-1,4	1,6	$\chi^2=14,322$	0,112
	L. Problemática	-0,9	3,1	0,7	6,3	1,1	9,4	-1,1	1,6		
	L. Suficiente	-0,6	7,8	0,2	9,4	0,1	12,5	0,3	7,8		
	L. Excelente	-1,5	1,6	0,1	4,7	-0,6	4,7	2,3	7,8		
ILS Prevenção da Doença	L. Inadequada	2,8	12,7	-1,2	3,2	-0,2	7,9	-1,5	1,6	$\chi^2=22,496$	0,006
	L. Problemática	-0,5	3,2	1,9	7,9	0,2	6,3	-1,8	0,0		
	L. Suficiente	-0,9	6,3	0,3	9,5	0,7	14,3	-0,3	6,3		
	L. Excelente	-1,5	1,6	-0,8	3,2	-0,9	4,8	3,6	11,1		
ILS Promoção da Saúde	L. Inadequada	2,6	12,7	-1,9	3,2	0,7	7,9	-1,7	1,6	$\chi^2=22,026$	0,005
	L. Problemática	-1,5	3,2	2,7	7,9	0,0	6,3	-1,3	0,0		
	L. Suficiente	-0,4	6,3	1,1	9,5	-0,3	14,3	-0,5	6,3		
	L. Excelente	-1,2	1,6	-1,0	3,2	-0,4	4,8	2,8	11,1		
ILS Aceder	L. Inadequada	1,7	9,7	-1,3	3,2	1,0	11,3	-1,5	1,6	$\chi^2=16,223$	0,060
	L. Problemática	1,2	6,5	1,8	8,1	-1,2	3,2	-1,8	0,0		
	L. Suficiente	-1,4	4,8	0,3	9,7	0,1	12,9	1,0	9,7		
	L. Excelente	-1,3	1,6	-0,7	3,2	0,0	6,5	2,2	8,1		
ILS Compreender	L. Inadequada	2,2	12,5	0,5	7,8	-1,1	6,3	-1,7	1,6	$\chi^2=12,251$	0,203
	L. Problemática	0,9	4,7	0,1	3,1	-0,5	3,1	-0,5	1,6		
	L. Suficiente	-1,4	4,7	-0,6	6,3	1,8	15,6	0,0	6,3		
	L. Excelente	-1,5	3,1	0,0	6,3	-0,3	7,8	2,0	9,4		

Legenda: LSG: Literacia para a Saúde Global; RA: Resíduo Ajustado; p: nível de significância; MMC: Método de Monte Carlo; ILS: Índice de Literacia para a Saúde; L.: Literacia; χ^2 : Qui-quadrado de Pearson

Tabela 22.

Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável Ano de Escolaridade (continuação)

Variáveis	Categorias	5º		7º		8º		9º		Valor Teste	p MMC
		RA	%	RA	%	RA	%	RA	%		
ILS Avaliar	L. Inadequada	3,1	15,5	-1,7	3,1	0,3	10,9	-1,9	1,6	$\chi^2=17,940$	0,034
	L. Problemática	-0,4	3,1	1,3	6,3	-0,2	4,7	-0,8	1,6		
	L. Suficiente	-2,1	3,1	0,5	9,4	1,0	14,1	0,6	7,8		
	L. Excelente	-0,7	3,1	0,1	4,7	-1,3	3,1	2,3	7,8		
ILS Utilizar	L. Inadequada	2,4	10,9	-1,6	1,6	0,3	7,8	-1,3	1,6	$\chi^2=16,535$	0,057
	L. Problemática	-0,6	3,1	1,9	7,8	-0,4	4,7	-0,9	1,6		
	L. Suficiente	-0,3	6,3	1,2	9,4	0,1	9,4	-1,0	3,1		
	L. Excelente	-1,4	4,7	-1,2	4,7	0,1	10,9	2,8	12,5		

Legenda: LSG: Literacia para a Saúde Global; RA: Resíduo Ajustado; p: nível de significância; MMC: Método de Monte Carlo; ILS: Índice de Literacia para a Saúde; l.: Literacia; χ^2 : Qui-quadrado de Pearson

O subsídio escolar não teve relação com alguma das categorias de LS, pois obteve-se em todas as dimensões e níveis de processamento um nível de significância superior a 0,05, como se pode verificar na tabela 23.

Tabela 23.

Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável Subsídio Escolar

Variáveis	Categorias	Sim		Não		Valor Teste	p MMC
		RA	%	RA	%		
ILS Global	L. Inadequada	1,0	20,6	-2,0	1,6	$\chi^2=9,866$	0,132
	L. Problemática	-0,2	11,1	1,1	6,3		
	L. Suficiente	0,0	22,2	-0,6	6,3		
	L. Excelente	-0,9	12,7	1,9	9,5		
ILS Global 2 categorias	L. Limitada	0,7	31,7	-1,0	7,9	$X^2=0,996$	0,625
	L. não limitada	-0,7	34,9	1,0	15,9		
ILS Cuidados de Saúde	L. Inadequada	0,0	15,9	1,1	3,2	$\chi^2=4,540$	0,637
	L. Problemática	0,9	15,9	-0,1	4,8		
	L. Suficiente	-0,2	23,8	0,3	9,5		
	L. Excelente	-0,7	11,1	0,9	6,3		
ILS Prevenção da Doença	L. Inadequada	1,5	21,0	-1,9	1,6	$\chi^2=7,455$	0,297
	L. Problemática	-1,6	8,1	1,0	6,5		
	L. Suficiente	0,3	24,2	-0,2	8,1		
	L. Excelente	-0,4	12,9	1,4	8,1		
ILS Promoção da Saúde	L. Inadequada	1,1	21,3	-2,1	1,6	$\chi^2=9,318$	0,158
	L. Problemática	-0,8	4,9	1,5	4,9		
	L. Suficiente	-0,8	18,0	0,2	8,2		
	L. Excelente	-0,3	21,3	0,9	9,8		
ILS Aceder	L. Inadequada	0,9	19,7	-1,3	3,3	$\chi^2=5,064$	0,575
	L. Problemática	-0,9	9,8	0,2	4,9		
	L. Suficiente	0,3	24,6	-0,3	8,2		
	L. Excelente	-0,6	11,5	1,5	8,2		
ILS Compreender	L. Inadequada	0,6	20,6	-1,5	3,2	$\chi^2=8,766$	0,195
	L. Problemática	-1,1	6,3	1,0	4,8		
	L. Suficiente	1,7	27,0	3,0	4,8		
	L. Excelente	-1,6	12,7	2,2	11,1		
ILS Avaliar	L. Inadequada	1,6	25,4	-2,4	1,6	$\chi^2=8,5240$	0,212
	L. Problemática	0,2	11,1	0,5	4,8		
	L. Suficiente	-1,5	19,0	1,1	11,1		
	L. Excelente	-0,2	11,1	1,1	6,3		
ILS Utilizar	L. Inadequada	0,4	15,9	-1,7	1,6	$\chi^2=6,399$	0,399
	L. Problemática	0,5	12,7	0,3	4,8		
	L. Suficiente	-0,2	17,5	0,0	6,3		
	L. Excelente	-0,6	20,6	1,3	11,1		

Legenda: LS: Literacia para a Saúde; RA: Resíduo Ajustado; p: nível de significância; MMC: Método de Monte Carlo; ILS: Índice de Literacia para a Saúde; l.: Literacia; χ^2 : Qui-quadrado de Pearson

O nível de escolaridade do encarregado de educação dos alunos também não se relaciona com as categorias de LS, pois obteve-se em todas as dimensões e níveis de processamento um nível de significância superior a 0,05, como consta na tabela 24.

Tabela 24.

Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável escolaridade dos EE

Variáveis	Categorias	Nível 1		Nível 2		Nível 3		Nível 4		Valor Teste	p MMC
		RA	%	RA	%	RA	%	RA	%		
ILS Global	L. Inadequada	3,0	14,3	0,3	6,1	-1,9	0,0	-1,8	0,0	$\chi^2=13,828$	0,134
	L. Problemática	-0,6	4,1	0,5	6,1	0,0	4,1	0,1	4,1		
	L. Suficiente	-1,4	6,1	0,3	10,2	0,1	8,2	1,1	10,2		
	L. Excelente	-0,7	6,1	-1,1	4,1	1,6	10,2	0,3	6,1		
ILS Global 2 categorias	L. Limitada	2,0	18,4	0,6	12,2	-1,6	4,1	-1,4	4,1	$\chi^2=6,594$	0,088
	L. não limitada	-2,0	12,2	-0,6	14,3	1,6	18,4	1,4	16,3		
ILS Cuidados de Saúde	L. Inadequada	1,0	8,2	-0,3	4,1	-0,9	2,0	0,1	4,1	$\chi^2=7,418$	0,623
	L. Problemática	1,7	12,2	-0,1	6,1	-0,6	4,1	-1,2	2,0		
	L. Suficiente	-2,1	4,1	0,3	10,2	1,6	12,2	0,4	8,2		
	L. Excelente	-0,3	6,1	0,1	6,1	-0,4	4,1	0,6	6,1		
ILS Prevenção da Doença	L. Inadequada	3,0	14,3	0,3	6,1	-1,9	0,0	-1,8	0,0	$\chi^2=14,963$	0,096
	L. Problemática	-0,6	4,1	-0,3	4,1	0,0	4,1	1,1	6,1		
	L. Suficiente	-1,6	6,1	0,8	12,2	0,0	8,2	1,0	10,2		
	L. Excelente	-0,5	6,1	-0,9	4,1	1,8	10,2	-0,4	4,1		
ILS Promoção da Saúde	L. Inadequada	2,0	12,2	1,6	10,2	-2,0	0,0	-1,9	0,0	$\chi^2=12,580$	0,190
	L. Problemática	0,2	4,1	-0,6	2,0	0,7	4,1	-0,2	2,0		
	L. Suficiente	-1,4	4,1	0,4	8,2	0,1	6,1	1,1	8,2		
	L. Excelente	-0,5	10,2	-1,4	6,1	1,2	12,2	0,8	10,2		
ILS Aceder	L. Inadequada	3,1	16,3	0,6	8,2	-2,1	0,0	-2,0	0,0	$\chi^2=15,311$	0,086
	L. Problemática	-1,2	2,0	-0,1	4,1	0,2	4,1	1,3	6,1		
	L. Suficiente	-1,6	6,1	0,2	10,2	1,4	12,2	0,2	8,2		
	L. Excelente	-0,3	6,1	-0,7	4,1	0,4	6,1	0,6	6,1		
ILS Compreender	L. Inadequada	2,4	14,3	-0,1	6,1	-0,6	4,1	-2,0	0,0	$\chi^2=15,226$	0,083
	L. Problemática	-0,3	2,0	-0,1	2,0	-1,1	0,0	1,5	4,1		
	L. Suficiente	-1,0	8,2	1,5	14,3	0,7	10,2	-1,2	4,1		
	L. Excelente	-1,1	6,1	-1,4	4,1	0,5	8,2	2,3	12,2		

Legenda: EE: Encarregado de Educação; LSG: Literacia para a Saúde Global; RA: Resíduo ajustado; p: nível de significância; MMC: Método de Monte Carlo; ILS: Índice de Literacia para a Saúde; l.: Literacia; χ^2 : Qui-quadrado de Pearson

Tabela 24.

Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável escolaridade dos EE (continuação)

Variáveis	Categorias	Nível 1		Nível 2		Nível 3		Nível 4		Valor Teste	p MMC
		RA	%	RA	%	RA	%	RA	%		
ILS Avaliar	L. Inadequada	2,7	14,3	0,8	8,2	-2,0	0,0	-1,9	0,0	$\chi^2=12,871$	0,178
	L. Problemática	-0,6	4,1	-0,3	4,1	0,0	4,1	1,1	6,1		
	L. Suficiente	-1,6	6,1	0,2	10,2	1,4	12,2	0,2	8,2		
	L. Excelente	-0,3	6,1	-0,7	4,1	0,4	6,1	0,6	6,1		
ILS Utilizar	L. Inadequada	2,1	10,2	0,8	6,1	-1,7	0,0	-1,6	0,0	$\chi^2=12,525$	0,199
	L. Problemática	1,0	8,2	-0,3	4,1	0,0	4,1	-0,8	2,0		
	L. Suficiente	-2,3	2,0	0,9	10,2	0,6	8,2	0,9	8,2		
	L. Excelente	-0,3	10,2	-1,2	6,1	0,7	10,2	1,0	10,2		

Legenda: EE: Encarregado de Educação; LSG: Literacia para a Saúde Global; RA: Resíduo ajustado; p: nível de significância; MMC: Método de Monte Carlo; ILS: Índice de Literacia para a Saúde; l.: Literacia; χ^2 : Qui-quadrado de Pearson

A variável “Participação em PSE” mostrou-se discriminativa na maior parte das dimensões e níveis de LS (Tabela 25). A participação em PSE faz subir os níveis de LS para suficiente e excelente.

No ILS global verificaram-se diferenças estatísticas significativas na relação com a participação dos alunos em PSE ($\chi^2: p<0,038$), os alunos que responderam ter participado nos PSE obtiveram um RA de +2,0 casos do que o esperado na categoria L. Suficiente (15,4% versus 1,6% dos que responderam que não). Analisando o ILS em duas categorias manteve-se a mesma tendência ($\chi^2: p<0,023$), os alunos que disseram participar em PSE obtiveram um RA de +2,8 casos que o esperado na categoria L. não limitada (41,3% versus 4,8% dos que responderam que não).

As diferenças estatisticamente significativas também se verificaram nas dimensões “Prevenção da Doença” ($\chi^2: p<0,042$) e “Promoção da Saúde” ($\chi^2: p<0,018$). Na dimensão “Prevenção da Doença”, os alunos que participaram em PSE obtiveram um RA de +1,4 casos do que o esperado na categoria L. Excelente (16,1% versus 3,2% dos que não participaram). Na dimensão “Promoção da Saúde”, os alunos que responderam ter participado em PSE obtiveram um RA de +1,6 casos do que o esperado nas categorias L. Suficiente (23% versus 0% dos que não participaram) e L. Excelente (23% versus 4,9% dos que responderam não ter participado).

Na relação da participação em PSE com os níveis de processamento observaram-se diferenças estatísticas significativas no “compreender” ($\chi^2: p < 0,047$) e no “avaliar” ($\chi^2: p < 0,007$). No nível de processamento “compreender”, os alunos que responderam ter participado em PSE obtiveram um RA de +2,5 casos do que o esperado na categoria L. Suficiente (27% versus 1,6% dos que não participaram). No nível de processamento “avaliar” os que participaram em PSE obtiveram um RA de +1,7 casos do que o esperado na categoria L. Suficiente (25,4% versus 0% dos que não participaram).

As exceções a esta tendência verificaram-se na dimensão dos “Cuidados de Saúde” ($\chi^2: p \geq 0,098$) e nos níveis “aceder” ($\chi^2: p \geq 0,389$) e “utilizar” ($\chi^2: p \geq 0,229$). Ou seja, os alunos mesmo participando nos PSE têm dificuldade em aceder a informação relacionada com problemas médicos e em tomar decisões sobre questões clínicas.

Tabela 25.

Resultados dos testes estatísticos entre as categorias da LS Global, dimensões e níveis de processamento da LS e a variável participação em PSE

Variáveis	Categorias	Sim		Não		NS/NR		Valor Teste	p MMC
		RA	%	RA	%	RA	%		
LS Global/Dimensões/Níveis de Processamento	L. Inadequada	-3,5	6,3	1,6	6,3	2,6	14,3	$\chi^2=13,066$	0,038
	L. Problemática	0,4	11,1	-0,4	1,6	-0,1	4,8		
	L. Suficiente	2,0	15,4	-1,3	1,6	-1,2	6,3		
	L. Excelente	1,1	15,9	0,2	3,2	-1,3	3,2		
ILS Global 2 categorias	L. Limitada	-2,8	17,5	1,1	7,9	2,2	19,0	$\chi^2=7,901$	0,023
	L. não limitada	2,8	41,3	-1,1	4,8	-2,2	9,5		
ILS Cuidados de Saúde	L. Inadequada	-1,1	11,1	1,0	4,8	0,5	7,9	$\chi^2=10,512$	0,098
	L. Problemática	-1,7	7,9	-0,6	1,6	2,3	11,1		
	L. Suficiente	0,8	23,8	-0,7	3,2	-0,3	9,5		
	L. Excelente	1,9	15,9	0,5	3,2	-2,4	0,0		
ILS Prevenção da Doença	L. Inadequada	-3,3	6,5	1,7	6,5	2,4	12,9	$\chi^2=12,807$	0,042
	L. Problemática	1,0	12,9	-0,4	1,6	-0,8	3,2		
	L. Suficiente	1,0	24,2	-1,5	1,6	0,0	9,7		
	L. Excelente	1,4	16,1	0,3	3,2	-1,8	1,6		
ILS Promoção da Saúde	L. Inadequada	-2,9	8,2	2,3	8,2	1,4	11,5	$\chi^2=15,019$	0,018
	L. Problemática	-0,5	4,9	-1,0	0,0	1,3	4,9		
	L. Suficiente	1,6	23,0	-2,0	0,0	-0,2	8,2		
	L. Excelente	1,6	23,0	0,4	4,9	-2,0	3,3		
ILS Aceder	L. Inadequada	-2,2	9,8	1,1	4,9	1,6	11,5	$\chi^2=6,436$	0,389
	L. Problemática	-0,5	9,8	-0,3	1,6	0,7	6,6		
	L. Suficiente	1,4	26,2	-0,4	3,3	-1,3	6,6		
	L. Excelente	1,1	14,8	-0,4	1,6	-1,0	3,3		
ILS Compreender	L. Inadequada	-3,2	7,9	1,4	6,3	2,4	14,3	$\chi^2=12,564$	0,047
	L. Problemática	-0,5	6,3	0,0	1,6	0,6	4,8		
	L. Suficiente	2,5	27,0	-1,3	1,6	-1,8	4,8		
	L. Excelente	0,9	17,5	0,0	3,2	-1,0	4,8		
ILS Avaliar	L. Inadequada	-3,2	9,5	2,0	7,9	2,0	14,3	$\chi^2=17,467$	0,007
	L. Problemática	0,8	11,1	-1,3	0,0	0,1	4,8		
	L. Suficiente	1,7	25,4	-2,2	0,0	-0,2	9,5		
	L. Excelente	1,0	12,7	1,6	4,8	-2,3	0,0		
ILS Utilizar	L. Inadequada	-2,6	6,3	1,1	4,8	2,0	11,1	$\chi^2=8,148$	0,229
	L. Problemática	-0,3	9,5	0,6	3,2	-0,1	4,8		
	L. Suficiente	1,2	19,0	-1,0	1,6	-0,5	6,3		
	L. Excelente	1,4	23,8	-0,5	3,2	-1,2	6,3		

Legenda: PSE: Programas de Saúde Escolar; LS: Literacia para a Saúde; NS/NR: Não sei/não respondo; RA: Resíduo ajustado; p: nível de significância; MMC: Método de Monte Carlo; ILS: Índice de Literacia para a Saúde; l.: Literacia; χ^2 : Qui-quadrado de Pearson

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é feita a discussão dos resultados mais relevantes de forma crítica, confrontando-os entre si e com resultados de outros estudos, preferencialmente realizados em Portugal, mas também no estrangeiro, alguns dos quais já foram mencionados no enquadramento teórico realizado.

A discussão dos resultados está organizada de acordo com a apresentação dos mesmos no capítulo anterior, procurando responder aos objetivos delineados e tendo em conta as hipóteses inicialmente formuladas.

5.1. Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra

Os resultados evidenciaram que existia uma predominância de alunos do sexo masculino (51,6%), em relação ao sexo feminino, indo ao encontro dos registos nacionais e do município, referentes a alunos matriculados no ensino básico no ano 2016 (Pordata), bem como ao estudo realizado por Monteiro (2009), nos quais também se verifica um predomínio do sexo masculino. Por outro lado, este resultado não coincide com os estudos realizados por Marques (2015), Espanha e Ávila (2016), Pedro et al. (2016) e Silva (2017), em que a amostra era maioritariamente composta por elementos do sexo feminino.

O grupo etário em que se enquadrou um maior percentual de alunos foi o dos 13-15 anos, variando a idade entre os 10 e os 15 anos, em oposição aos estudos de Tomás (2014) e Silva (2017) em que a distribuição etária era acima dos 14 anos, e o HLS-EU-PT (2013), em que a distribuição etária abrangia todas as idades superiores a 15 anos, prevalecendo a população adulta e idosa. O presente estudo envolveu indivíduos mais jovens.

As populações abrangidas por estes estudos foram diferentes. Enquanto este estudo incluiu os alunos do 2º e 3º ciclos (5º, 6º, 7º, 8º e 9º ano de escolaridade), os estudos de Tomás (2014) e de Silva (2017) abrangeram os alunos do ensino secundário. Apenas o estudo de Yu et al. (2012) incluía alunos do ensino básico numa parte da amostra. No nosso estudo a maior percentagem de alunos frequentava o 8º ano de escolaridade.

Quanto ao nível de apoio social que os alunos auferiam, a grande maioria dos participantes no estudo tinham apoio social escolar, o que poderá ser explicado pelo baixo nível socioeconómico dos pais e/ou encarregados de educação, tendo em conta o seu nível de escolaridade e profissão (Carvalho, 1997).

5.2. Quanto à caracterização sociodemográfica dos encarregados de educação

Os resultados encontrados demonstram que a maioria dos pais/encarregados de educação detinham o ensino básico (níveis 1 e 2) e incluíam-se no grupo de profissões 5 na classificação nacional de profissões (trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores), que inclui profissões como cabeleireiras, auxiliares de saúde e de educação, vendedores e comerciantes, elementos das forças de segurança (bombeiros e GNR) (INE, I.P., 2011). Estes resultados refletem a realidade dos setores económicos da comunidade em que os mesmos estão inseridos, uma vez que se trata de uma vila muito ligada à agricultura e onde os principais empregadores são a Câmara Municipal, Santa Casa da Misericórdia, Bombeiros e as campanhas sazonais na agricultura.

5.3. Quanto à participação em Programas de Saúde Escolar

A apresentação dos resultados permitiu constatar que a maioria dos alunos participou ou participa em PSE, o que não se verificou no estudo de Silva (2017). Tais resultados podem

ser explicados pelo facto da unidade de saúde, desta área geográfica, que detém estas competências de intervenção, já estar implementada há mais tempo e conseguir desenvolver diversas ações desenvolvidas junto da comunidade educativa e abranger mais alunos. O facto de o agrupamento de escolas ser pequeno também permite à enfermeira responsável pela SE abranger a quase totalidade dos alunos, enquanto no estudo de Silva (2017), a comunidade escolar é de maior dimensão.

Verificou-se também que houve uma percentagem considerável que respondeu que não sabe se participou ou não se lembra, o que pode ser explicado pela grande rotatividade dos elementos da equipa de SE, o que torna difícil os alunos associarem as atividades a esta equipa.

5.4. Quanto ao nível de literacia para a saúde

Após análise dos resultados verificou-se que os alunos se enquadravam maioritariamente na categoria de L. **não limitada**, quando agrupados em duas categorias, tal como no estudo de Espanha e Ávila (2016), e em oposição a outros estudos, como por exemplo Saboga-Nunes e Sorensen (2013), Pedro et al. (2014), Marques (2015) e Silva (2017). De salientar que as amostras dos estudos mencionados diferem em idade da amostra deste estudo, tendo os inquiridos idades superiores a 15 anos, podendo esta diferença quanto às categorias dominantes de literacia ser explicada pelo fator idade. A nossa amostra de adolescentes pode não estar ainda bem consciente das suas reais necessidades.

As questões que mais contribuíram para este nível de literacia elevado, ou seja, as que os alunos consideram ser “fácil” ou “muito fácil” foram maioritariamente da dimensão dos “Cuidados de Saúde” (itens 4, 14, 15, 16) seguindo-se a “Promoção da Saúde” (itens 37 e 38).

Analisando o nível médio de LS (32,37) dos alunos em estudo, verificou-se que se situa próximo dos estudos mencionados, no nível problemático. O ILS era superior na dimensão dos “Cuidados de Saúde” e “Promoção da Saúde” e menor na “Prevenção da Doença”. Em parte, os resultados são idênticos aos obtidos por Gonçalves (2015), que

verificou que o ILS era superior nas dimensões “Cuidados de Saúde” e “Prevenção da Doença” e menor na dimensão “Promoção da Saúde”. Esta semelhança de resultados talvez possa ser explicada pelo facto de ambos os estudos serem realizados no norte de Portugal. Estes resultados não coincidem com o estudo de Pedro et al. (2016), que refere que a dimensão dos “Cuidados de Saúde” é a que obteve valores médios mais baixos de LS, bem como com o estudo de Espanha e Ávila (2016) que obtiveram níveis de LS limitada na dimensão “Promoção da Saúde”.

Quando se cruzam as dimensões com os níveis de processamento de informação verificou-se que a LS era limitada para *aceder* à informação sobre “Prevenção da Doença; para *compreender* a informação médica sobre os “Cuidados de Saúde”, para *avaliar* e interpretar informações médicas sobre “Cuidados de Saúde” e para *utilizar* corretamente as informações sobre fatores de risco na “Prevenção da Doença”, ao contrário do estudo de Pedro et al. (2016), em que a LS era limitada em *aceder* à informação nos “Cuidados de Saúde”.

Na relação entre o ILS global, suas dimensões e níveis de processamento e o sexo dos alunos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, indo de encontro aos estudos de Marques (2015), Espanha e Ávila (2016) e Silva (2017) e contrariamente aos estudos de Chang (2010), Tomás (2014) e Saboga-Nunes e Sorensen (2013), em que eram as raparigas que detinham maior nível de LS nos dois primeiros e os elementos do sexo masculino no último.

Também na relação com o subsídio escolar não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, com exceção do nível de processamento “avaliar”.

Na relação com o grupo etário verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e níveis de processamento, sendo os alunos mais velhos os que detinham mais LS, ao contrário dos estudos de Tomás (2014), Pedro et al. (2016) e Espanha e Ávila (2016) em que a LS diminui com a idade. No entanto neste último estudo concluíram que é abaixo dos 45 anos que se encontram valores mais elevados de LS, grupo onde se insere a nossa amostra. Contudo trata-se de amostras de adultos e idosos e não de adolescentes como o presente estudo. A LS poderá aumentar até à etapa do adulto jovem e começar a diminuir a partir daí.

O nível de LS global, suas dimensões e níveis de processamento diferem entre os anos de escolaridade, com exceção da dimensão “Promoção da Saúde”, sendo que eram os alunos

do 9º ano os que detinham maior nível de LS, o que vai ao encontro dos estudos de Monteiro (2009), Tomás (2014), Gonçalves (2015), Pedro et al. (2016) e Espanha e Ávila (2016). Todas estas pesquisas concluíram que quanto mais elevado for o nível de escolaridade maior o nível de LS. Ao contrário de Marques (2015) e Silva (2017), em que no primeiro caso não verificaram relação entre o nível de LS e a escolaridade e no segundo eram os alunos do 11º ano os que detinham mais LS (sendo que o estudo abrangia alunos do 10º, 11º e 12º anos), existindo um decréscimo da LS do 11º para o 12º ano.

Na relação com a escolaridade dos encarregados de educação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, o que não corresponde ao estudo de DeWalt e Hink (2009), que verificaram que pais com baixa escolaridade tinham menos conhecimento sobre a saúde e consequentemente comportamentos desadequados para a saúde dos seus filhos.

A participação em PSE teve diferenças estatisticamente significativas no nível de LS global, suas dimensões e em três níveis de processamento, exceto no nível “utilizar”, indo de encontro ao estudo de Yu et al. (2012) em que existia uma correlação positiva entre LS e as práticas e atitudes promotoras de saúde adquiridas na escola, contrariando os resultados obtidos por Silva (2017), que não obteve relação entre a LS e a participação nos PSE. No entanto, neste último estudo a grande maioria dos estudantes não participou nos PSE.

Na relação entre as categorias da LS e o sexo verificou-se que apenas há diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Cuidados de Saúde”, sendo a proporção das raparigas que apresentam L. problemática mais elevada do que a dos rapazes, contrariando o sentido dos testes com o ILS. Este resultado talvez possa ser explicado pelo fato de as adolescentes se encontrarem numa comunidade pequena, onde facilmente são reconhecidas e terem receio de procurar os serviços de saúde por falta de confidencialidade. Daí ser importante a presença da enfermeira de SE no gabinete da escola.

O grupo etário também se relaciona com as categorias da LS, tendo sido os alunos mais velhos os que se enquadravam na categoria L. excelente no ILS global, nas dimensões “Cuidados de Saúde” e “Prevenção da Doença” e nos níveis de processamento “aceder” e “utilizar”, no nível “compreender” possuíam L. suficiente, confirmando os resultados dos testes com o ILS, nos quais os mais velhos detinham maior LS.

O ano de escolaridade apresenta relação com as categorias da LS no ILS global, nas dimensões “Prevenção da Doença” e “Promoção da Saúde” e no nível de processamento “avaliar”, sendo que os alunos do 9º ano possuíam L. excelente, o que pode ser explicado por já terem tido mais formação e mais intervenção da equipa de SE nestas dimensões. Também são alunos com mais idade o que explica a maior capacidade em avaliar a informação relevante para a saúde, tendo em conta o seu grau de desenvolvimento cognitivo e maturidade.

A participação em PSE aumenta os níveis de LS para excelente no ILS global, e nas dimensões “Prevenção da Doença” e “Promoção da Saúde”, e para suficiente nos níveis de processamento “compreender” e “avaliar”. Estes resultados podem ser explicados pelo fato de as ações de EpS realizadas pela equipa de SE serem maioritariamente no sentido da prevenção e promoção em detrimento dos cuidados de saúde, sendo por isso estas as áreas em que se obteve um melhor ILS.

Não encontramos estudos que tivessem feito esta relação por categorias de LS e sustentem ou contrariem estes resultados, sendo por isso interessante que estudos futuros investiguem esta relação de variáveis.

6. CONCLUSÕES

Depois de apresentados e discutidos os resultados estamos agora em condições de elencar um conjunto de conclusões deste estudo de investigação:

- ✓ O perfil sociodemográfico do aluno desta amostra podemos dizer ser um aluno do sexo masculino, com idade entre os 13 e 15 anos, que frequenta o 8º ano de escolaridade, auferir subsídio escolar e participa nos PSE desenvolvidos pela unidade de saúde, que abrange a área geográfica, onde a escola está instalada;
- ✓ O nível de LS dos alunos do 2º e 3º ciclo deste agrupamento de escolas é **não limitado** (com valores superiores a 56%) em todas as dimensões da LS, o que sugere que os alunos têm um bom nível de LS;
- ✓ O nível de LS suficiente ronda os 35% em todas as dimensões, sendo que na “Promoção da Saúde” o nível sobe para a L. excelente;
- ✓ Constatamos existir relação entre o ILS e a idade dos alunos, ano de escolaridade e participação em PSE, sendo estes os fatores que se relacionam com o ILS
- ✓ As variáveis sexo dos alunos, apoio social e escolaridade dos Pais/Encarregados de Educação não se relacionam com o ILS.

Limitações do estudo

A principal limitação do estudo prende-se com a amostra, pois sendo uma amostra de conveniência, não probabilística, pode não ser representativa de toda a população e não permite a generalização dos resultados da amostra para a população com maior segurança. Outra das limitações prende-se com o facto de se tratar de um estudo transversal, que não permite o estabelecimento de relações causa-efeito.

O fato de haver poucos estudos nesta faixa etária em Portugal dificultou a discussão dos resultados e a comparação com outros estudos. É por isso importante a realização de outros estudos futuros que corroborem ou não estes resultados e os complementem.

Implicações na prática de cuidados de enfermagem comunitária

Os resultados obtidos permitiram perceber quais as dimensões em que a LS dos alunos é menor, sendo estas as áreas que deverão ter um reforço de ações no sentido de melhorar a LS para níveis suficiente e/ou excelente. É necessária uma intervenção de enfermagem nestas áreas, com vista a promover a saúde e a LS, para que os adolescentes desenvolvam competências e capacidades de gerir a sua saúde, nesta fase do seu ciclo vital com continuidade na vida adulta.

As subdimensões que mostraram níveis de LS limitada foram **aceder** à informação sobre “Prevenção da Doença”, **compreender** a informação médica sobre os “Cuidados de Saúde”, **avaliar** e interpretar informações médicas sobre “Cuidados de Saúde” (46,7%) e **utilizar** corretamente as informações sobre fatores de risco na “Prevenção da Doença”. Perante estes resultados é possível planejar intervenções adequadas e adaptadas a estes jovens, na área da prevenção das doenças, nomeadamente hábitos e comportamentos de risco, que são as áreas mais problemáticas nesta faixa etária, para que possam ser informados acerca das fontes de informação fidedignas e de como aplicar essa informação.

Assumimos aqui o compromisso de apresentar os resultados deste estudo à equipa de SE, para que possa ter os mesmos em conta no planeamento das suas intervenções e intervir de uma maneira mais direcionada e eficaz nas necessidades destes alunos. Solicitaremos, ainda, a esta equipa para que os possa apresentar no contexto escolar onde foi realizado o estudo, dando assim feedback desta informação à comunidade escolar envolvida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C.V. (2014). *A Literacia: uma acessibilidade a priori no verdadeiro caminho para a capacitação*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Cristina_Vaz_De_Almeida/publication/269992853_LITERACIA_UM_CAMINHO_PARA_A_CAPACITACAO_DO_CIDADAUO/links/549d33c70cf2fedbc31015c1/LITERACIA-UM-CAMINHO-PARA-A-CAPACITACAO-DO-CIDADAUO.
- Antunes, M.L. (2014). A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. *As bibliotecas da saúde, que futuro? Actas das XI Jornadas APDIS*, 27 e 28 de março de 2014. Lisboa: APDIS; 2014. p. 123-133. Recuperado de <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/3582>.
- Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2017). *Conferência “Integração de Cuidados e Literacia em Saúde. Capacitar o Cidadão no SNS”*. Recuperado de <http://www.apdh.pt/en/node/2299>.
- Brown, S. L., Teufel, J. A. e Birch, D. A. (2007). Early adolescents perception of health and health literacy. *Journal of School Health*, 77 (1), 7-15. doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00156.x.
- Carvalho, J.N.N. (1997). *Consumo de álcool e drogas nos jovens: estudo epidemiológico no concelho de Matosinhos*. Matosinhos: Contemporânea Editora.
- Chang, L.C. (2010). Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (1-2), 190-196. doi: 10.1111/j.13652702.2009.03181. x.
- Committee on Health Literacy. (2004). *Health Literacy: A Prescription To End Confusion*. Washington, D. C.: The National Academies Press.
- Costa, A., Saboga-Nunes, L. e Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Observações Boletim Epidemiológico: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*. 17 (2ª série): 38-40. Recuperado de http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4111/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N17_2016_artigo9.pdf.
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. (2008). *Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. Recuperado de http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf.
- Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março. *Determina a criação do programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados*. Diário da República, 49. Série II.

- DeWalt, D.A. e Hink, A. (2009). Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Pediatrics*, Vol 124, Supplement 3, S265 – S274. Recuperado de http://pediatrics.aappublications.org/content/124/Supplement_3/S265.
- Direção-Geral da Educação. (s.d.). Portal da Direção-Geral da Educação. Recuperado de <http://www.dge.mec.pt/acao-social-escolar>.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: autor.
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *SOBE (Saúde Oral Bibliotecas Escolares)*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/projeto-sobe.aspx>.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*. 2(2):6-7. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167.
- Espanha, R. e Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: a Contribution for the Knowledge on Health and Communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033 – 1041. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Rita_Espanha/publication/308899529_Health_Literacy_Survey_Portugal_a_Contribution_for_the_Knowledge_on_Health_and_Communications-review_under_responsibility_of_SciKA_-_Association_for_Promotion_and_Dissemination_of_Scientific_Knowledge/links/57f60fd508ae91deaa5e3e6b.pdf.
- Fortin, M. F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamento e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2011). Situação mundial da infância – Adolescência, uma fase de oportunidades. New York: autor. Recuperado de https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf
- Gerhardt, T.E. & Silveira, D.T. (2009). *Métodos de Pesquisa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>.
- Gonçalves, A.M. (2015). *Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto). Recuperado de <http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>.
- Institute of Medicine. (2013). *Health literacy: Improving health, health systems and health policy around the world - Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Instituto de Apoio à Criança. (2006). *A dor na criança – Atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: autor.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). *Classificação Portuguesa da Profissões 2010*. Lisboa: autor. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=p.

- Instituto Nacional de Estatística. (s.d.). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de <http://smi.ine.pt/>.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (s.d.). *Literacia em Saúde*. Recuperado de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. Londres: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK. Recuperado de http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy.
- Loureiro, L., Mendes, A.M.O.C., Barroso, T.M.M.D.A., Santos, J.C.P., Oliveira, R.A. e Ferreira, R.O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista Referência*, 6, Série 3, 157-166.
- MacDonald, T., MacDonald, D., Crooks, B. e Collicott, C. (2011). What do children with cancer know about their medications?. *Pharm Pract.* 9(4): 207-212. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818736/>
- Madeira, T. F.M. (2016). *Literacia para a Saúde: o perfil de um conceito em construção* (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior). Recuperado de www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=221b87b5364ceeea.
- Mancuso, J. (2008) - Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*. Vol. 10, nº 3, p. 248-255.
- Manganello, J. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*. 2007;23(5):840-847. Recuperado de <https://academic.oup.com/her/article/23/5/840/627799>.
- Marques, J.P.D. (2015). *Literacia em saúde: avaliação através do european health literacy survey em português num serviço de internamento hospitalar* (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10071/11458>.
- Martins, M.J.R. (2014). The health literacy and empowerment of citizens: integrative review. *Revista de Saúde Pública*. 48(n.esp):104-121. Recuperado de https://fenix.esesjcluny.pt:8443/dspace/bitstream/2295/22471/2/abstracts_health@ipleiria2014.pdf.
- Monteiro, M.M.M.C.F. (2009). *A literacia em saúde* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10437/1161>.
- Murjal, L. (2006). O papel da saúde escolar na formação e desenvolvimento da criança e jovem. In *A dor na criança – Atendimento de crianças e jovens nos Centros de saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
- Pedro, A.R., Amaral, O. e Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev. Port. de Saúde Pública*.34(3):259–275. Recuperado de

- <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902516300311/S200/>.
- Pinheiro, V.P., & Bauer, U. (2015). Health Literacy in childhood and adolescence. In *Conferência Internacional: A literacia em saúde em Portugal. Abstracts*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2015). *Municípios, educação, alunos do ensino não superior*. Retirado de www.pordata.pt/.
- Ribeiro, C. e Rosendo, I. (2011). Saúde do adolescente em Medicina Geral e Familiar. *Rev. Port. Clin. Geral.* 27: 184-186. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a06.pdf>.
- Saboga-Nunes, L. e Sorensen, K. (2013). The European Health Literacy Survey (HLS-EU) and its Portuguese cultural adaptation and validation (HLS-PT) [abstract]: Paper presented at the World Congress of Children and Youth Health Behaviours, 1 / National Congress on Health Education, 4, 23-25 May 2013, Viseu, Portugal. *Atención Primaria*, 45, 46. Recuperado de http://www.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0526.pdf.
- Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, 11 (Série 3, Supl.), 94-99.
- Santos, A.I., Dias, C., Gonçalves, C. e Sakellarides, C. (2010). *Estratégias Locais de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública/UNL: Lisboa. Recuperado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/09/ELS.pdf>.
- Silva, P.M.D. (2017). *Literacia para a Saúde em Alunos do Ensino Secundário do Concelho de Vila Real*. (Dissertação de Mestrado da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10348/7528>.
- Tomás, C.C. (2014). *Literacia em saúde na adolescência* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/81283>.
- Unidade Local de Saúde do Nordeste. (2016). *Saúde Escolar 2015/2016 Indicadores ULS Nordeste*. Bragança: autor.
- World Health Organization. (1997). *A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Jacarta: autor. Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf.
- World Health Organization. (1998) *Health promotion glossary*. Geneva: autor. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>.
- World Health Organization. (2013). *Health Literacy: the solid facts*. Copenhagen: autor.
- Yu, X., Yang, T., Wang, S. e Zhang, X. (2012). Study on student health literacy gained through health education in elementary and middle schools in China. *Health Education Journal*, 71 (4), 452-460. doi:10.1177/0017896911430548.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário



Questionário nº _____

Fatores relacionados com a literacia para a saúde dos alunos do 2º e 3º ciclo da Escola EB 2,3 de Freixo de Espada à Cinta

A) Literacia para a Saúde

Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil dirias que é (assinala na escala).

Marca apenas um quadrado por linha

	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
1 "... encontrar informações sobre sintomas de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação?"	<input type="checkbox"/>				
2 "... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação?"	<input type="checkbox"/>				
3 "... descobrir o que fazer em caso de emergência médica?"	<input type="checkbox"/>				
4 "... descobrir onde obter ajuda especializada quando estás doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)"	<input type="checkbox"/>				
5 "... compreender o que o teu médico diz?"	<input type="checkbox"/>				
6 "... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o teu medicamento?"	<input type="checkbox"/>				
7 "... compreender o que fazer numa emergência médica?"	<input type="checkbox"/>				
8 "... compreender instruções do teu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento receitado?"	<input type="checkbox"/>				
9 "... avaliar como é que a informação oriunda do teu médico se aplica ao teu caso?"	<input type="checkbox"/>				
10 "... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?"	<input type="checkbox"/>				
11 "... avaliar quando podes necessitar de uma segunda opinião de outro médico?"	<input type="checkbox"/>				
12 "... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança?" (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)	<input type="checkbox"/>				



(cont) Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil dirias que é (assinala na escala). Marca apenas um quadrado por linha

	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
13 "... usar informações que o teu médico te dá para tomar decisões sobre a tua doença?"	<input type="checkbox"/>				
14 "... seguir instruções sobre medicação?"	<input type="checkbox"/>				
15 "... chamar uma ambulância em caso de emergência?"	<input type="checkbox"/>				
16 "... seguir as instruções do teu médico ou farmacêutico?"	<input type="checkbox"/>				
17 "... encontrar informações para gerir comportamentos que afetam a tua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?"	<input type="checkbox"/>				
18 "... encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como stress ou depressão?"	<input type="checkbox"/>				
19 "... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devias fazer?" (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão arterial)	<input type="checkbox"/>				
20 "... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto?"	<input type="checkbox"/>				
21 "... compreender advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?"	<input type="checkbox"/>				
22 "... entender porque precisas de vacinas?"	<input type="checkbox"/>				
23 "... entender porque precisas de exames de saúde? (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)"	<input type="checkbox"/>				
24 "... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?"	<input type="checkbox"/>				
25 "... avaliar quando precisas de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?"	<input type="checkbox"/>				



(cont) Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil dirias que é (assinala na escala). Marca apenas um quadrado por linha

	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
26 "... avaliar quais são as vacinas de que podes precisar?"	<input type="checkbox"/>				
27 "... avaliar que exames de saúde precisas de fazer? (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)"	<input type="checkbox"/>				
28 "... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos média são de confiança? (por ex. TV, Internet, ou outros meios de comunicação)"	<input type="checkbox"/>				
29 "... decidir se deves fazer a vacina contra a gripe?"	<input type="checkbox"/>				
30 "... decidir como te podes proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?"	<input type="checkbox"/>				
31 "... decidir como podes proteger-te da doença com base em informações com origem nos meios de comunicação? (por ex. jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação)"	<input type="checkbox"/>				
32 "... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?"	<input type="checkbox"/>				
33 "... saber mais sobre as atividades que são boas para o teu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc)"	<input type="checkbox"/>				
34 "... encontrar informações que indiquem como é que o teu bairro poderia ser mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes e de lazer)"	<input type="checkbox"/>				
35 "... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc)"	<input type="checkbox"/>				
36 "... saber mais sobre os esforços para promover a tua saúde em meio escolar?"	<input type="checkbox"/>				

(cont) Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil dirias que é (assinala na escala). Marca apenas um quadrado por linha

	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
37 "... compreender conselhos sobre a saúde que te chegam dos familiares ou amigos?"	<input type="checkbox"/>				
38 "... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?..."	<input type="checkbox"/>				
39 "... compreender a informação com origem nos meios de comunicação sobre a forma de te tornares mais saudável? (por ex. internet, jornais, revistas)"	<input type="checkbox"/>				
40 "... compreender a informação que visa manter a mente saudável?"	<input type="checkbox"/>				
41 "... avaliar como o local onde vives afeta a tua saúde e bem-estar? (por ex. a tua comunidade, o teu bairro)"	<input type="checkbox"/>				
42 "... avaliar como as tuas condições de habitação te ajudam a permanecer saudável?"	<input type="checkbox"/>				
43 "... avaliar que comportamento diário está relacionado com a tua saúde? (por ex. beber álcool, hábitos alimentares, exercício, etc)"	<input type="checkbox"/>				
44 "... tomar decisões para melhorar a tua saúde?"	<input type="checkbox"/>				
45 "... entrar num clube de desporto ou aulas num ginásio se desejares?"	<input type="checkbox"/>				
46 "... influenciar as condições da tua vida que afetam a tua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de álcool, hábitos alimentares, exercício, etc)"	<input type="checkbox"/>				
47 "... tomar parte das atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na tua comunidade?"	<input type="checkbox"/>				



B) Caracterização sociodemográfica

48. Qual o teu género?

- Masculino Feminino

49. Qual é a tua data de nascimento?

___ / ___ / _____

50. Qual o ano que te encontras a frequentar?

- 5º ano 6º ano
 7º ano 8º ano
 9º ano Outro
 Não respondo

51. Qual é o nível de educação mais elevado que o te encarregado de educação concluiu com êxito (geralmente através da obtenção de um certificado ou diploma)?

- Nível 0 (pré-escolar)
 Nível 1 (1º ou 2º ciclo do Ensino Básico)
 Nível 2 (3º ciclo do Ensino Básico)
 Nível 3 (Ensino Secundário)
 Nível 4 (Bacharelato ou Licenciatura de Bolonha)
 Nível 5 (Licenciatura antiga)
 Nível 6 (Pós-graduação: Curso de Especialização, Mestrado ou Doutoramento)
 Não sei/não respondo

52. Como descreves a condição principal atual perante o trabalho do teu encarregado de educação?

- Tem um emprego ou profissão, incluindo trabalho não remunerado numa empresa familiar ou sociedade gestora de participações sociais (SGPS), um estágio de aprendizagem paga, etc
 De tempo integral
 De part time/tempo parcial
 Desempregado
 Estudante (experiência de trabalho não remunerado)
 Na reforma, reforma antecipada ou desistiu de negócios
 Incapacidade permanente
 Militares ou serviço comunitário
 Dona de casa (tempo integral) pai ou cuidador
 Inativo
 Outros
 Não sei/não respondo



53. Qual a profissão do teu encarregado de educação?

54. Tens escalão de subsídio escolar?

1. Sim

2. Não

Não sei/não respondo

54.1. Se respondeste sim à pergunta anterior, em que escalão esta o teu subsídio?

1. A

2. B

3. C

Não sei/não respondo

55. Costumas participar nas ações desenvolvidas pela equipa de Saúde Escolar?

1. Sim

2. Não

Não sei/não respondo

Muito obrigada pela tua colaboração!

APÊNDICE B

Autorização para a utilização do HLS-EU-PT

1

Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®



Todas as dimensões e versões do HLS-EU-PT® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®)* estão registadas (copyright) e só podem ser usadas com permissão do autor. Uma base de dados de utilizadores registados é mantida para garantir que os direitos de autor não são violados. Para usar a HLS-EU-PT será necessário obter uma licença.

All sections and versions of the HLS-EU-PT® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®)* are copyright and may only be used with permission from the author. A database of registered users is maintained to ensure that copyright is not breached. To be able to use the HLS-EU-PT you will need to obtain a license.

Para obter um contrato de licença HLS-EU-PT, por favor preencha este formulário e devolva-o a:

Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: saboga@prosalus.com

To obtain a HLS-EU-PT license agreement, please complete this form and return it to:
Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: saboga@prosalus.com

Após a receção de um contrato de licenciamento específico para o seu estudo, projeto ou programa, como utilizador licenciado deve respeitar as condições desta licença.

Upon receipt of an executed license agreement specific to your study, project or program you will be a licensed user and you must abide by the conditions of this license.

Como utilizador licenciado HLS-EU-PT receberá também um apoio limitado, incluindo aconselhamento em questões de investigação que envolvam a HLS-EU-PT e qualquer uma das três dimensões HLS-EU-PT que selecionar usar.

As a licensed HLS-EU-PT user you will also receive limited support including advice on research questions involving HLS-EU-PT and which of the three HLS-EU-PT domains that you might be best to use.

Aviso importante:

• A licença para usar a HLS-EU-PT dá-lhe direito a usar o instrumento em sua forma completa. As condições de direitos de autor proíbem a modificação de qualquer uma das perguntas HLS-EU-PT, estrutura ou respostas dos itens. Em situações em que o contexto de aplicação exija alterações circunstâncias, estas poderão ser autorizadas pelo autor de modo a salvaguardar essas circunstâncias específicas. Neste formulário em "anotações especiais (7)" deverá ser especificado o contexto e as mudanças de alteração pretendidas. A omissão de qualquer uma das perguntas ou dimensões da HLS-EU-PT inviabiliza que possa alegar que usou a escala HLS-EU-PT. A Escala HLS-EU-PT deve ser tratada de acordo com as recomendações prescritas para garantir interpretações de dados fidedignos, consistentes com os estudos de validação. Ao se registar concorda em cumprir com esses requisitos.

Important notice:

A license to use the HLS-EU-PT entitles you to use the instrument in its complete form. The Copyright conditions prohibit modification of any of the HLS-EU-PT questions, item areas or item responses. In situations where the context requires changes to the instrument, they may be allowed by the author so as to safeguard these specific circumstances. In this form under "special notations (7)" should be specified the context and changes that are required. The omission of any of the HLS-EU-PT questions within a scale means that you cannot claim that you have used a HLS-EU-PT scale. HLS-EU-PT scales must be scored as prescribed to ensure interpretations of the data are trustworthy and consistent with the validation studies. By registering you agree to abide by these requirements.

Esta exigência procura garantir que os resultados de diferentes estudos são diretamente comparáveis, e que os leitores de relatórios ou artigos possam estar seguros de que os resultados apresentados são de questionários padronizados, validados e válidos.

This requirement is to ensure that results from different studies are directly comparable, and that readers of reports or articles can be assured the reported results are from standardized and valid questionnaires.

deferimento do pedido de licença
accepted license request

Ref 171106HLEUPT Autorização de
utilização

Pela presente declaração (inclui 5 páginas)
Mónica Batista Guimarães Sobreira

está autorizado a usar dentro das condições
a seguir explicitadas o Questionário
Europeu de Literacia para a Saúde

- HLS-EU-PT®
Digitally signed by Luis Saboga Nunes
DN: cn=Luis Saboga Nunes, o=ProSalus,
ou=Renasceres,
email=saboga@prosalus.com, c=PT
Date: 2017.11.07 00:25:38 +01'00'

1. Organização/Organisation

Nome da organização /Name of organisation:

Mónica Batista Guimarães Sobreira

Pessoa de contato / Contact person:

Mónica Sobreira

Email /Email address: nikasobreira@hotmail.com

Telm / Phone number: 937229109

Endereço / Address: Rua da Estrada, nº16 Carvela

Cidade / Town / City: Chaves

Estado / State: _____

País / Country: Portugal

Endereço WebWebsite: _____

2. Tipo de organização / Type of organisation:

- Hospital / Serviços de saúde / Hospital/Medical Practice
 Organização Comunitária de Saúde / Community Health organisation
 organização não-governamental/Non-Government organisation (e.g. Diabetes Foundation)
 organização académica/Academic organization (e.g. University or Student)
 Serviço Nacional de Saúde / SNS / SUS / NHS / Primary Care Trust / Commissioning
 outro (especifique) Other (please specify): _____

3. Nome do Projeto / Name of Project / Program: Fatores relacionados com a literacia para a saúde dos alunos do 2º e 3º ciclo de uma escola do distrito de Bragança

Resumo / Summary of your project: O conceito de literacia para a saúde tem vindo a assumir muita importância, por se verificar que influencia o modo como as pessoas encaram a sua saúde. Diversos estudos mostram que um nível adequado ou elevado de literacia para a saúde melhora a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo vital.

O objetivo principal deste estudo é identificar fatores relacionados com o nível de literacia para a saúde dos alunos do 2º e 3º ciclo de uma escola do ensino básico do distrito de Bragança. Trata-se de um estudo

descritivo-correlacional e transversal de abordagem quantitativa. Para a colheita de dados será utilizado um questionário validado para o efeito, que será aplicado pela investigadora. Os dados serão inseridos e tratados no SPSS versão 24.

Com a realização deste estudo esperamos obter conhecimento sobre o nível de literacia da população estudada, nas 3 dimensões avaliadas pelo referido questionário (cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença) e identificar fatores relacionados com este fenómeno.

4. Lista dos investigadores principais / List principal investigators: (title, first name, and surname)

Mónica Batista Guimarães Sobreira

Amâncio António de Sousa Carvalho (orientador)

5. Características do programa / Characteristics of your program:

5.1 datas de início e fim / start and finish dates

Início / Start date: Outubro de 2017 **Fim / End date:** Fevereiro 2018

5.2 Projeto ou programa financiado? / Is your study, project or program funded?

- Não.
- Sim, para uso comercial (produto ou serviço) / Yes, for commercial use, of a product or service
- Sim, para a pesquisa / Yes, for research proposes

Se é financiado por favor especificar o valor do financiamento / If it is funded please specify the size of funding:

- <€50,000
- €50,000 - €199,999
- €200,000 or greater

5.3 Número de entrevistados que se espera completem a HLS -EU- PT / Number of respondents completing the HLS-EU-PT (e.g. 60 participantes / participants): 127

5.4 Número de vezes HLS -EU- PT será administrada a cada participante / Number of times HLS-EU-PT will be administered to each participant: Uma vez (1)

5.6 Características dos inquiridos / Characteristics of respondents:

- Grupo etário / Specific age group (age range) 9-15 anos

- Pessoas com alguma patologia particular / People with a particular disease (especifique / specify)
-

5.6 Método de distribuição da HLS-EU-PT / Method of delivery of the HLS-EU-PT:

- correio / Mail
 telephone/ Telephone
 entrevista / Interview / oral
 por alguém próximo / Filled in by proxy (e.g. doctor, partner, parent, or caregiver)
 na internet, de base computacional / Web / computer-based
 outro (especifique) Other (please specify): _____

6. Proteção dos dados / Privacy Disclosure

- 6.1 Disponibiliza os detalhes que forneceu neste formulário para que estejam disponíveis a outras organizações ou pesquisadores que trabalham em áreas semelhantes? / Are you willing to have the details you have provided on this form made available to other organizations or researchers working in similar fields?

- Sim / Yes
 Não / No

- 6.2 Prosseguimos com investigação focada na sensibilidade, validade e fidedignidade da HLS -EU- PT cujo objetivo é fornecer parâmetros de referência da HLS-EU-PT para auxiliar pesquisadores e organizações na compreensão dos resultados . Está disposto a disponibilizar os seus dados (sem identificação) para apoiar este processo? / We are conducting research into the sensitivity, validity and reliability of the HLS-EU-PT and aim to provide benchmarks for HLS-EU-PT to assist researchers and organisations in understanding of the results. Are you willing to make your data available in de-identified format to support this?

- Sim / Yes
 Não / No

7. (anotações especiais) Considera que a aplicação do questionário carece de adaptações específicas ao seu contexto de investigação? / (special notations) Do you consider that the survey needs specific changes that are required in order to adjust to the specific social context of your research?

- Sim / Yes
 Não / No

No caso de ter respondido "sim" registre a seguir as anotações especiais: (especifique aqui o contexto e as alterações pretendidas do questionário no caso de estas se revelarem necessárias para que o seu estudo tenha em conta algum aspeto específico da sua utilização) / If you have answered "yes" register in the following lines your change request: (specify here the context of the questionnaire application and required changes if these are necessary so that your study will better respond to any particular aspect)

.....

Obrigado por preencher este formulário de inscrição e enviá-lo para
Thank you for completing this registration form and send it to

Luis A. SABOGA NUNES, MPH, PhD . Professor . Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde (ProLiSa) www.literacia-saude.info
Email saboga@prosalus.com Telm. (+ 351) 91 47 47 066

* Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT (ou Questionário Europeu de Literacia em Saúde, Escala Europeia de Literacia para a Saúde, Escala Europeia de Literacia em Saúde) IGAC direção de serviços de propriedade intelectual Registo n.º 4140/2014 Ref: SIIGAC/2014/7098



APÊNDICE C

Autorização do MIME do Inquérito n.º 0447300003

Luís Saboga Nunes

De: mime-noreply@gepe.min-edu.pt
Enviado: 27 de abril de 2016 09:40
Para: Luís Saboga Nunes; Luís Saboga Nunes
Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito n.º 0447300003

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0447300003, com a designação *(CrAdLiSa)Incrementando nas CRianças e ADOlescentes a Lliteracia para a SAúde (HLS-EU-PT) desenvolvimento conceptual e metodológico para a promoção da saúde e prevenção primária através da utilização da abordagem salutogénica e teorias da socialização*, registado em 22-03-2016, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Luis Saboga-Nunes
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
José Vítor Pedroso
Diretor-Geral
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque muito onerosos e tratam de matérias sensíveis, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Devem ser cumpridas as disposições da Autorização da CNPD n.º 9156/2014 de 7 de Outubro.
- c) Informa-se ainda que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para realizar intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar dado ser competência da Escola/Agrupamento.
- d) A DGE gostaria de ter conhecimento dos resultados e conclusões do presente estudo dada a sua relevância para o sistema de ensino.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

APÊNDICE D

Autorização nº 9156/2014 da Comissão Nacional de Proteção de dados

Proc.º N.º: 7803/2014 | 1



AUTORIZAÇÃO Nº 9156 /2014

I. Pedido

Luís Saboga Nunes notificou à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realização de um estudo sobre “Estilos de Vida e Literacia para Saúde nas Crianças e Adolescentes”.

O estudo enquadra-se no Projeto de Investigação CrAdLiSa – Incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde - e tem como objetivos avaliar níveis de literacia para a saúde e analisar o seu efeito nos estilos de vida e como promovê-los no sentido da promoção da saúde.

O número previsto de participantes é de 1500 alunos de escolas de Portugal Continental e Ilhas, só integrando o estudo as escolas cujas respetivas direções aceitem participar, sendo enviadas para os pais as declarações de consentimento informado.

A participação no estudo consistirá no preenchimento, em contexto escolar, de questionários em papel ou *online* pelos alunos ou através de entrevista direta quando os alunos apresentem dificuldades visuais. O questionário será aplicado duas vezes, uma no início do ano escolar (momento 1) e outra no final (momento 2), após terem sido implementadas medidas de promoção da literacia para a saúde, no sentido de verificar se obtiveram o efeito pretendido.

No “caderno de recolha de dados” não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código “cego” de participante. O código será composto de duas partes: género e data de nascimento. Estes são transformados numa única variável e que permitirá o emparelhamento do momento 1 com o momento 2. Depois do emparelhamento é destruído o código, passando os dados recolhidos a ser



completamente anónimos. A chave desta codificação só pode ser conhecida da equipa de investigação.

II. Análise

Porque em grande parte referentes à saúde e à vida privada, os dados recolhidos pelo requerente têm a natureza de sensíveis, razão pela qual o respetivo tratamento só pode basear-se no consentimento expresso, esclarecido e livre dos titulares dos dados, ou dos seus representantes legais nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Proteção de Dados - LPD).

Por esta razão é necessário o «consentimento expresso do titular», entendendo-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados sejam objeto de tratamento, o qual deve ser obtido através de uma “declaração de consentimento informado” onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da LPD, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de retificação por parte do respetivo titular.

Os titulares dos dados, de acordo com a declaração de consentimento informado junta aos autos, apõem as suas assinaturas na mesma, deste modo satisfazendo as exigências legais.

O fundamento de legitimidade é o consentimento dos titulares dos dados. Porque haverá recolha de dados de menores, terá de haver consentimento a prestar pelos legais representantes. Impõe-se, ainda, que os menores sejam ouvidos e em função da idade, nos termos da lei, eles próprios prestem a sua anuência à recolha de dados



personais para participação no estudo. O estudo deve ter em conta o superior interesse dos menores.

As declarações de consentimento informado devem ser mantidas no processo individual do aluno.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (cfr. alínea *a*) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cfr. alínea *b*) do mesmo artigo).

III. Conclusão

Em face do exposto, a CNPD autoriza o tratamento de dados pessoais *supra* apreciado, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 28.º e do n.º 1 do artigo 30.º da LPD, consignando-se o seguinte:

Responsável pelo tratamento: Luís Saboga Nunes;

Finalidade: Estudo sobre "Estilos de Vida e Literacia para Saúde nas Crianças e Adolescentes";

Categoria de Dados pessoais tratados: código de participante; género; data de nascimento; *Questionário sobre Saúde e Bem-estar em Tempos de Crise*;

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

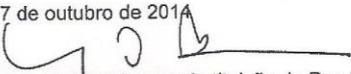
Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto do responsável pelo tratamento dos dados;

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferência de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação dos dados: A chave da codificação deve ser destruída um mês após o fim do estudo.

Lisboa, 7 de outubro de 2014


Luís Barroso (o Vogal, em substituição da Presidente)

APÊNDICE E

Pedido de autorização para a realização do estudo ao Concelho Executivo da Escola

Mónica Sobreira
937229109
nikasobreira@hotmail.com

Exma. Sr.^a Prof.^a Albertina Maria Silva Moreira Neto Parra
Diretora do Agrupamento de Escolas de Freixo de Espada à Cinta

Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo

Chamo-me Mónica Sobreira, sou enfermeira e exerço funções no Centro de Saúde de Freixo de Espada à Cinta. No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, que me encontro a frequentar, pretendo desenvolver um estudo subordinado ao tema “**Fatores relacionados com a literacia para a saúde dos alunos do 2º e 3º ciclo**” da Escola EB 2,3 de Freixo de Espada à Cinta, que tem como objetivos:

- Caracterizar socio demograficamente os alunos da escola em estudo;
- Avaliar o nível de literacia para a saúde destes alunos e suas dimensões;
- Descrever a participação nos programas de saúde escolar e a situação de apoio social;
- Analisar a relação entre os níveis de literacia para a saúde e as variáveis socio demográficas, apoio social e participação nos programas de saúde escolar.

Assim, para a concretização deste estudo solicito a V. Ex.^a a autorização para a aplicação de um questionário, que já se encontra validado em Portugal tendo já obtido autorização para a utilização do mesmo.

Aos participantes deste estudo, será assegurada a livre participação e confidencialidade dos dados pessoais.

Disponibilizo-me desde já para o esclarecimento de qualquer dúvida ou dado em falta, bem como disponibilizar todos os resultados obtidos no referido estudo, para servir de apoio em futuras intervenções no âmbito da saúde escolar.

Agradeço desde já a disponibilidade, com os melhores cumprimentos.

Freixo de Espada à Cinta, 03 de novembro de 2017



Mónica Batista Guimarães Sobreira

APÊNDICE F

Autorização do Concelho Executivo da Escola para a realização do estudo

16/11/2017

nikasobreira@hotmail.com – Correio

Re: Pedido de autorização para a realização de estudo

EB 23 de Freixo de Espada à Cinta EB 23 <eb23freixo@gmail.com>

qui 09-11-2017 12:37

Para: Mónica Sobreira <nikasobreira@hotmail.com>;

Bom dia

Respondendo ao solicitado, está autorizada a aplicação do estudo neste agrupamento de escolas.

Com os melhores cumprimentos

A Diretora do Agrupamento

Albertina M S M Neto Parra

Agrupamento de Escolas de Freixo de Espada à Cinta

Avenida do Hospital

5180-122 Freixo de Espada à Cinta

Telefone 279653452

Telemóvel 925404833

Página Web: www.freixoescpinta.pt

No dia 3 de novembro de 2017 às 17:33, Mónica Sobreira <nikasobreira@hotmail.com> escreveu:

Boa tarde,

conforme combinado anteriormente, envio em anexo o pedido de autorização para a realização do estudo "**Fatores relacionados com a literacia para a saúde dos alunos do 2º e 3º ciclo**" da Escola EB 2,3 de Freixo de Espada à Cinta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Mónica Sobreira

APÊNDICE G

Consentimento informado para os pais

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo/a Encarregado/a de Educação,

Chamo-me Mónica Sobreira, sou enfermeira e exerço funções no Centro de Saúde de Freixo de Espada à Cinta. No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, que me encontro a frequentar, pretendo desenvolver um estudo subordinado ao tema “**Fatores relacionados com a literacia para a saúde dos alunos do 2º e 3º ciclo**” da Escola EB 2,3 de Freixo de Espada à Cinta, que tem como objetivos analisar a relação entre os níveis de literacia para a saúde e as variáveis socio demográficas, apoio social, participação nos programas de saúde escolar e perceber quais as áreas em que a literacia dos alunos está mais comprometida, no sentido de permitir à equipa de Saúde Escolar intervir de uma maneira mais direcionada nas necessidades dos mesmos.

A participação dos estudantes neste estudo consistirá no preenchimento de um questionário, que visa, para além de obter alguns dados sociodemográficos, obter os níveis de literacia para a saúde dos alunos.

Assim, solicito a sua colaboração, no sentido de considerar a participação do seu educando neste estudo, através da resposta ao referido questionário em sala de aula. A participação dos alunos será voluntária, sendo que as respostas obtidas serão tratadas de forma confidencial e exclusiva para este estudo e publicações que advenham do mesmo.

O estudo encontra-se já devidamente autorizado.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço eletrónico nikasobreira@hotmail.com.

Grata pela sua atenção e colaboração.



.....(cortar por aqui).....

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ (nome completo),
Encarregado/a de Educação do aluno _____
(nome completo), Ano _____, Turma _____, após devidamente esclarecido (a), autorizo o meu educando a responder ao questionário “Fatores relacionados com a literacia para a saúde dos alunos do 2º e 3º ciclo”.

O Encarregado de Educação

(Assinatura Legível)

____ / ____ / 20 ____