



# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Dissertação de Mestrado

## **Estudo da associação entre a Literacia para a Saúde e a Atividade Física em alunos de duas instituições portuguesas do Ensino Superior**

**Autor:**

Bruno Luís Feitais Proença

**Orientador:**

Prof. Doutor António Tavares

**março de 2020**

## Resumo:

### Introdução:

A atividade física é de importância reconhecida na promoção da saúde. Sabe-se também que níveis de literacia para a saúde desadequados compromete a adesão, não só a comportamentos promotores da saúde, como também à prevenção da doença, estando associados a piores indicadores de saúde. Não se conhecendo bem a associação entre a literacia para a saúde e a atividade física, em particular e especialmente em estudantes do ensino superior, este estudo teve como objetivo estudar essa associação em alunos de duas instituições de ensino superior, uma pré-graduada e outra pós-graduada.

### Metodologia:

Realizou-se um estudo observacional, transversal, numa amostra de alunos do IPVC e da ENSP, recolhendo-se informação através de um inquérito composto por questões socioeconómicas, demográficas e clínicas e por dois questionários, o HLS-EU, e o IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física. Os dados foram recolhidos em 2017 e em 2019. A associação entre a literacia para a saúde e a atividade física foi estimada recorrendo-se a modelos de regressão logística binária.

### Resultados:

Participaram no estudo 314 alunos, 55,1% do sexo feminino, com idade mediana de 20 anos (amplitude interquartil de 9 anos), 68,8% eram do IPVC. No score global de Literacia para a Saúde, 45,4% dos estudantes apresentaram um nível inadequado ou problemático e, na Atividade Física, 65,6% dos estudantes eram sedentários ou apenas moderadamente ativos, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre as duas instituições do ensino superior. O subíndice da Literacia para a Saúde que mais se associou à probabilidade de ser ativo foi o da Promoção da Saúde ( $OR_{ajustado} = 5,50$ ;  $IC_{95\%}: 2,01 - 14,0$ ).

### Discussão/Conclusão:

Encontramos associação estatisticamente significativa entre maior nível de literacia para a saúde e maior probabilidade de ser ativo nestes jovens estudantes do ensino superior. Este estudo alerta-nos também para a elevada proporção de jovens sedentários ou moderadamente ativos, assim como com nível inadequado ou problemático de literacia para a saúde, o que permite salientar as evidentes oportunidades de intervenção, quer na literacia para a saúde, nomeadamente na Promoção da Saúde, quer também na prática de atividade física.

**Palavras-chave:** Literacia para a Saúde; Atividade Física.

## Lista de Siglas e Acrónimos:

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública

**HLS-EU** – Questionário Europeu de Literacia para a Saúde

**IAN-AF** – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

**IC** – Intervalo de Confiança

**IOM** – *Institute of Medicine*

**IPAQ** – Questionário Internacional de Atividade Física

**IPVC** – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

**MET** – *Metabolic Equivalent of Task*

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONAF** – Observatório Nacional da Atividade Física

**OR** – *Odds Ratio*

**PNPAF** – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

## Índice

<i>Resumo:</i> .....	2
<i>Lista de Siglas e Acrónimos:</i> .....	3
1. <i>Introdução:</i> .....	5
2. <i>Objetivos</i> .....	7
3. <i>Metodologia</i> .....	8
4. <i>Resultados</i> .....	11
Análise descritiva: .....	11
Análise exploratória: .....	13
Estudo explicativo: .....	18
5. <i>Discussão e Conclusões</i> .....	19
6. <i>Referências bibliográficas</i> .....	23
<i>Anexos</i> .....	24

## 1. Introdução:

Globalmente, 1 em 4 adultos não é suficientemente ativo. Mais de 80% da população mundial de adolescentes não é suficientemente ativa<sup>1</sup>. Na população de 18-64 anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda no mínimo 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada por semana, ou, pelo menos 75 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa por semana, ou combinação equivalente destas atividades. Para benefícios adicionais de saúde deve-se aumentar a atividade aeróbica de intensidade moderada para 300 minutos por semana, ou 150 minutos de intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente destas. Devem ainda ser feitas atividades de fortalecimento muscular envolvendo grandes grupos musculares em 2 ou mais dias por semana<sup>1,2</sup>.

A inatividade física foi identificada como o quarto principal fator de risco para a mortalidade global causando uma estimativa de 3,2 milhões de mortes por ano em todo o mundo e é fator de risco fundamental para doenças crónicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e cancro<sup>1</sup>. A atividade física tem benefícios significativos para a saúde e contribui para prevenir estas e outras doenças<sup>2</sup>.

Em Portugal, entre os jovens dos 15 aos 21 anos, apenas 36% são considerados fisicamente ativos, e de toda a população com mais de 14 anos apenas 27%, segundo estudo dados do Observatório Nacional da Atividade Física (ONAF)<sup>3</sup>.

Segundo ainda o IAN-AF, o qual usou o IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*, como fonte de informação, de todos os portugueses com mais de 14 anos, 43% foram considerados no nível “sedentário”, 30% no nível “moderadamente ativo” e 27% no nível “ativo”<sup>4</sup>.

Devido a erros inerentes ao IPAQ (sobrestimação) e ao facto deste instrumento incluir toda a atividade física diária, considera-se que, segundo os seus 3 níveis de atividade (alta, média ou baixa), apenas pessoas no grupo “alta” cumprem, com elevada probabilidade, as atuais recomendações para a atividade física da OMS<sup>5</sup>.

É patente o enfoque da Direção-Geral da Saúde (DGS) na promoção do exercício físico na criação de um programa de saúde prioritário – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF)<sup>6</sup>.

O nível educacional é um dos fatores associado com a prática de exercício físico. Segundo o Inquérito nacional de atividade física (2016) foi encontrado um claro aumento no nível de atividade física em função do nível de escolaridade. A prevalência nos indivíduos mais escolarizados é quase o dobro da que se verifica nos indivíduos menos escolarizados. Esta diferença é ainda mais notória no sexo masculino<sup>4</sup>.

De acordo com outra fonte, o Inquérito nacional de saúde de 2014, das pessoas com 15 ou mais anos, do ensino superior, 41% dos homens e 53% das mulheres não praticam exercício físico em nenhum dia da semana. Quando comparado com aqueles sem escolaridade, estes

valores são de 86% e 91% respetivamente, e diminuem com o aumento do grau de escolaridade, básico e secundário<sup>4</sup>. A escolaridade dos pais também é outro fator que influencia o nível de atividade física dos filhos<sup>4</sup>.

Observa-se um claro aumento, significativo, da prevalência de participação em atividade física desportiva estruturada e regular com o aumento do nível de escolaridade dos pais. As crianças cujos pais possuem o 1º ou 2º ciclo de ensino básica apresentam apenas 35,9% de prevalência de atividade física, versus 80,1% dos que apresentam ensino superior<sup>4</sup>.

Relacionado com este problema de saúde que merece a atenção que tem sido alvo desde as últimas décadas, está a temática da literacia para a saúde. Recentemente tem-se demonstrado que a literacia para a saúde constitui um determinante *major* de resultados em saúde, nomeadamente na prática de atividade física<sup>7-10</sup>. A relação entre o nível de literacia para a saúde e a prática de atividade física e outros comportamentos preventivos de saúde é conhecida<sup>9-11</sup>. Existe uma relação positiva significativa entre estas variáveis.

A literacia para a saúde envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acessar, entender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana sobre cuidados com a saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade da saúde durante a vida<sup>12</sup>. Nos Estados Unidos da América, segundo o *Institute of Medicine* (IOM), 90 milhões de pessoas (1/3 da população) tem dificuldade em entender e usar informações relacionadas com a saúde.

O HLS-EU – *Health Literacy Survey*, Questionário Europeu de Literacia para a Saúde, permite aferir os níveis de literacia para a saúde de uma população, avaliar o diferencial que existe entre os países envolvidos relativamente a três subíndices de literacia para a saúde, os cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e compará-los entre si. Segundo este estudo realizado em 2014 com recurso a entrevista presencial, em Portugal, cerca de 61% da população inquirida apresentou um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos 9 países que participaram em 49,2%. Em pior situação que os portugueses só se encontram os búlgaros com resultado de 62,1%<sup>13</sup>.

Torna-se necessário uma abordagem que permita aumentar todos os níveis de literacia para a saúde, e uma das apostas do SNS – Serviço Nacional de Saúde, nesta área é observável pela criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. A área do Cidadão do Portal do SNS é outra ferramenta bastante útil pois disponibiliza uma biblioteca de Literacia para a Saúde e livros digitais tendo como finalidade a promoção da saúde, a prevenção da doença e uma melhoria da qualidade de vida de todos os utentes e população.

A baixa literacia para a saúde está ainda ligada a desigualdades em saúde – diferenças específicas da população na presença de doenças, resultados de saúde ou acesso a cuidados de saúde<sup>14</sup>.

Tendo em conta o descrito, pretende-se conhecer especificamente o nível de atividade física dos jovens que frequentam o ensino superior, quer pré-graduado, quer pós-graduado, assim como fatores que possam interferir com a maior ou menor prática de atividade física. Por outro lado, estudos sobre o nível de literacia em saúde nesta população são também inexistentes em Portugal.

Ainda, os estudantes até ao 12<sup>o</sup> ano, em Portugal, beneficiam de aulas de Educação Física, o que já permite atingir, ainda que de forma insuficiente, um nível basal de atividade física semanal. No entanto, a transição do ensino secundário para o ensino superior é crucial, uma vez que os jovens, ao entrarem no Ensino Superior, deixam de ter esta obrigatoriedade e é na sequência desta continuidade, que importa conhecer se este nível basal de atividade física se mantém, ou não, por iniciativa dos próprios jovens e quais os fatores que possam de alguma forma interferir, para se encontrarem espaços para a intervenção em saúde pública.

## 2. Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é investigar a associação entre o nível de literacia para a saúde e o nível de atividade física numa amostra de alunos de duas instituições de ensino superior, do IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo e da ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública, pré e pós-graduado, respetivamente.

Os objetivos específicos são os seguintes:

- 1- Conhecer os hábitos de atividade física de uma amostra de alunos de duas instituições do ensino superior (IPVC e ENSP);
- 2- Conhecer o nível de Literacia para a Saúde de uma amostra de alunos de duas instituições do ensino superior (IPVC e ENSP), nos seus três subíndices;
- 3- Comparar se existem diferenças entre as diferentes instituições (pré e pós-graduado e curso), sexo, presença de filhos, idade, presença de doença crónica, nível de escolaridade do pai e da mãe, estado civil, existência de alguma dificuldade financeira.
- 4- Estudar a associação entre o nível de literacia em saúde e o nível de atividade física.

### 3. Metodologia

#### Desenho de Estudo:

Este é um estudo transversal, observacional, descritivo, com uma componente analítica.

#### Amostra:

A dimensão da amostra foram 314 alunos, 216 do do 1º ano do IPVC e 98 da ENSP. A amostra engloba dos 6 polos do IPVC, as Escolas Superiores de Saúde, de Educação, Agrária, Tecnologia e Gestão, Ciências Empresariais e Desporto e Lazer.

Na ENSP foram distribuídos inquéritos à totalidade dos alunos tendo sido obtidas 98 respostas.

#### Recolha de dados:

A recolha de dados foi realizada através de um inquérito com variáveis socioeconómicas, clínicas e demográficas e dois questionários, de preenchimento anónimo e que foram aplicados no mesmo momento, nas salas de aulas dos diversos polos do IPVC e depois na ENSP.

#### Variáveis em estudo:

**Dados sociodemográficos:** sexo, idade, descendência (filho(s)), estado civil, nível educacional pai e mãe, nível socioeconómico, (aferido através da presença de alguma dificuldade económica para alimentação, saúde, educação e habitação).

**Presença de doença crónica:** segundo a definição da OMS, são doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (por exemplo: asma, hipertensão, diabetes, etc.)

**Literacia para a saúde:** O HLS-EU<sup>5,9</sup> é composto por 47 perguntas, que avaliam o nível de Literacia para a saúde e traduzem o resultado em 4 níveis de literacia, inadequada, problemática, suficiente e excelente. Segundo o relatório comparativo da literacia para a saúde em 8 estados membros da HLS-EU, estas 47 perguntas avaliam três subíndices da Literacia para a saúde. As primeiras 16 perguntas são relativas a Cuidados em Saúde, as seguintes 15 perguntas avaliam Prevenção de Doença e as últimas pretendem aferir o conhecimento relacionado com Promoção da Saúde (ver anexo 4, quadro 4). Estas 47 perguntas apresentam um score inicial que foi convertido numa escala de 0 a 50 através de uma fórmula que se encontra em anexo. De referir que os valores omissos não correspondem apenas a respostas em falta, mas também a respostas “não sei” no questionário HLS, sendo tratados da mesma forma. Para a totalidade do questionário e para cada subíndice há um número mínimo de respostas válidas para que seja possível calcular

o score. Informações adicionais podem ser encontradas em anexo no quadro 4. Para classificar cada aluno segundo um nível de literacia para a saúde, foram definidos os seguintes intervalos de pontuação de literacia para a saúde. 0-25 pontos para "inadequada", > 25 a 33 pontos para "problemático", > 33 a 42 pontos para "suficiente" e > 42 para 50 pontos. para "excelente". Foram excluídos os questionários de Literacia para a saúde não preenchidos corretamente, segundo os critérios que se encontram em anexo.

**Atividade Física:** Além deste questionário foi aplicado o IPAQ versão curta<sup>5</sup>, constituído por 7 perguntas que avaliam a atividade física realizada ao longo de uma semana. Segundo o protocolo de computação do IPAQ, verifica-se que os resultados são apresentados na forma contínua em MET-min/Semana e permitem classificar cada aluno em 3 níveis de atividade física: baixa, média e alta. Dado que o IPAQ avalia a atividade física total em todos os domínios, a recomendação de saúde pública baseada na “atividade física no tempo de lazer” de 30 minutos na maioria dos dias será alcançada pela maioria dos adultos em uma população. Embora amplamente aceite como meta, em termos absolutos, 30 minutos de atividade física de intensidade moderada são baixos e amplamente equivalentes aos níveis basais ou de atividade que os indivíduos adultos acumulariam durante um dia. Dada esta sobreavaliação, apenas os alunos que apresentavam nível de atividade física alta foram considerados ativos. Para que pudesse ser aplicada uma regressão logística múltipla estes resultados foram dicotomizados entre ativo e inativo. Apresento em anexo informações adicionais sobre a computação e tratamentos dos dados/scores de ambos os questionários, assim como os respetivos questionários.

#### **Análise Estatística:**

Foi criada uma base de dados no programa de tratamento estatístico SPSS® 25 onde foram inseridos os dados obtidos através dos inquéritos dos participantes.

As variáveis numéricas foram apresentadas com média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartil.

As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e percentagens. Para realizar as comparações entre grupos foram utilizados o teste de independência do Qui-Quadrado para as variáveis qualitativas e o teste T de Student ou equivalentes não paramétricos para as variáveis quantitativas. Foram considerados estatisticamente significativos valores de p inferiores a 0,05.

As medidas de associação foram estimadas através do cálculo de *Odds Ratio (OR)* e respetivos intervalos de confiança (IC) a 95% que darão informação sobre a magnitude e o sentido da associação (fator de risco ou protetor). Utilizou-se o modelo de regressão logística binária multivariada para obter OR ajustados, permitindo relacionar a única variável dependente, atividade física, sob a forma dicotomizada, com as várias variáveis independentes, de forma a eliminar possíveis fatores de confundimento. O resultado do

modelo foi uma OR ajustada para cada variável independente com respetivo IC a 95%.

### **Considerações Éticas:**

Na elaboração desta dissertação foi obtido o parecer positivo do orientador de dissertação de mestrado, Prof. Doutor António Tavares e do Diretor da ENSP, o Prof. Doutor João Pereira. Foi pedida e obtida autorização para a aplicação de ambos os questionários pelos autores dos mesmos.

Foi obtida a autorização de aplicação do inquérito no IPVC pelo seu Presidente, Dr. Rui Teixeira.

Apesar do protocolo do projeto de investigação não ter sido submetido a uma Comissão de Ética, o estudo garantiu sempre o cumprimento das recomendações metodológicas para as ciências do desporto, nomeadamente a recolha de informação totalmente anonimizada e completamente voluntária, tendo sido explicados os objetivos à população em estudo, assumindo-se o respeito pela autonomia de cada ser humano. Tentou-se recolher apenas a informação indispensável para dar resposta aos objetivos do estudo.

## 4. Resultados

### Análise descritiva:

Observando a tabela 1, relativo à análise descritiva, foram obtidos dados de 314 participantes no estudo, sendo que a distribuição por sexos foi semelhante com ligeira superioridade do sexo feminino (55,1% Feminino vs. 44,9% Masculino). A mediana de idades foi de 20 anos, com uma amplitude interquartil de 9 anos.

Na análise da frequência dos cursos 68,8% alunos frequentam uma licenciatura no IPVC no 1º ano (com uma proporção de participação de 100% nas turmas onde foi pedida a participação), enquanto que os restantes 31,2% frequentavam uma Pós-Graduação/Especialização, Mestrado ou Doutoramento na ENSP (com uma proporção de participação de 32,9% nas ENSP).

No que toca ao nível educacional do pai e da mãe, 49,4% dos pais e 43,6% das mães apenas apresentavam o ensino básico como nível educacional. Apenas 18,8% dos pais e 22,9% das mães apresentam um nível educacional superior sendo que os restantes possuem nível educacional secundário (tabela 1). Relativamente à presença de doença crónica, 12,1% apresentam algum tipo de doença crónica.

O estado civil dos inquiridos da ENSP é maioritariamente solteiro (56,1%), sendo que os restantes 37,8% são casados e 6,12% divorciados, no entanto há 216 dados omissos. Dos inquiridos, 37,8% têm filhos.

No que toca à existência de alguma dificuldade financeira, 82,0% dos alunos relataram não ter qualquer tipo de dificuldade financeira, sendo que 18,0 % afirmaram possuir algum tipo de dificuldade.

Relativamente ao *score* global de literacia para a saúde, o valor médio obtido na amostra foi de  $34,5 \pm 6,5$ , como pode ser constatado pela tabela 2. De referir que a maior proporção de estudantes apresentou *score* global de literacia para a saúde problemático (em 40,2%) e inadequado (em 5,2%). Um *score* suficiente foi obtido em 39,8% dos estudantes inquiridos, e em apenas 14,8% um *score* classificado como excelente.

Relativamente aos resultados de cada uma das subíndices de literacia os resultados são semelhantes ao global, no entanto a Prevenção e Promoção da Saúde apresentam proporção superior de estudantes com *score* inadequado (8,8% e 14,1% (respetivamente) vs. 5,2% do *score* global).

Os resultados médios da atividade física dos alunos foram de 1796 MET-min/semana. Do total da amostra, 19,7% foram classificados como sedentários, 45,9% apresentam um nível de atividade física moderada e apenas 34,4% um nível ativo.

Tabela 1 - Caracterização descritiva da amostra				
	n	(%)	Mediana	AIQ
<b>Sexo</b>				
Masculino	141	( 44,9 )		
Feminino	173	( 55,1 )		
<b>Idade</b>				
			20,0	9,0
18 anos	76	( 24,2 )		
19 anos	73	( 23,2 )		
20 anos	18	( 5,73 )		
21 anos	19	( 6,05 )		
22-60 anos	128	( 40,8 )		
<b>Curso</b>				
Licenciatura (IPVC)	216	( 68,8 )		
Pós-graduação/Especialização (ENSP)	29	( 9,2 )		
Mestrado (ENSP)	51	( 16,2 )		
Doutoramento (ENSP)	18	( 5,8 )		
<b>Instituição de ensino do aluno</b>				
IPVC	216	( 68,8 )		
ENSP	98	( 31,2 )		
<b>Nível educacional do pai</b>				
Básico	155	( 49,4 )		
Secundário	100	( 31,8 )		
Superior	59	( 18,8 )		
<b>Nível educacional da mãe</b>				
Básico	137	( 43,6 )		
Secundário	105	( 33,4 )		
Superior	72	( 22,9 )		
<b>Existência de doença crónica</b>				
Não	273	( 86,9 )		
Sim	38	( 12,1 )		
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	55	( 56,1 )		
Casado ou em união de facto	37	( 37,8 )		
Divorciado	6	( 6,12 )		
Dados omissos	216			
<b>Tem filhos?</b>				
Não	61	( 62,2 )		
Sim	37	( 37,8 )		
Dados omissos	216			
<b>Existência de alguma dificuldade financeira (alimentação, saúde, habitação e educação)</b>				
Não	255	( 82,0 )		
Sim	56	( 18,0 )		
Dados omissos	3			

<b>Tabela 2 - Caracterização descritiva do nível de literacia para a saúde e de atividade física</b>						
	n	(%)	Média	dp	Mediana	AIQ
<b>Literacia para a saúde</b>						
<b>Score Global</b>			34,5	6,50		
Inadequado	14	( 5,2 )				
Problemático	106	( 40,2 )				
Suficiente	105	( 39,8 )				
Excelente	39	( 14,8 )				
Dados omissos	50					
<b>Score Cuidados de Saúde</b>			35,3	6,87		
Inadequado	13	( 4,81 )				
Problemático	100	( 37,0 )				
Suficiente	110	( 40,7 )				
Excelente	47	( 17,4 )				
Dados omissos	44					
<b>Score Prevenção da Doença</b>			35,0	7,42		
Inadequado	23	( 8,78 )				
Problemático	84	( 32,1 )				
Suficiente	105	( 40,1 )				
Excelente	50	( 19,1 )				
Dados omissos	52					
<b>Score Promoção da Saúde</b>			33,5	7,39		
Inadequado	40	( 14,1 )				
Problemático	95	( 33,6 )				
Suficiente	112	( 39,6 )				
Excelente	36	( 12,7 )				
Dados omissos	31					
<b>Atividade Física</b>						
MET-min/semana					1796,0	2863,5
Sedentário	62	( 19,7 )				
Moderadamente ativo	144	( 45,9 )				
Ativo	108	( 34,4 )				

### **Análise exploratória:**

Como se pode observar na tabela 3, relativo à comparação entre grupos, após dicotomização da variável atividade física e segundo os critérios do IPAQ, apenas 34,4% de todos os participantes deste estudo eram fisicamente ativos. Os restantes 65,6% foram considerados inativos.

Na análise bivariada entre grupos verificou-se que os estudantes do sexo masculino são mais ativos do que as estudantes do sexo feminino, e as diferenças são estatisticamente significativas ( $p=0,032$ ).

Relativamente à idade não existem diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos etários.

<b>Tabela 3 - Comparação de grupos relativamente à atividade física</b>			
	<b>Atividade física</b>		<b>P-valor</b>
	<b>Sedentário ou moderadamente ativo</b>	<b>Ativo</b>	
	(n = 206; 65,6%)	(n = 108; 34,4%)	
<b>Sexo</b>			<b>0,032 *</b>
Masculino	58,9	41,1	
Feminino	71,1	28,9	
<b>Idade</b>			0,107 ~
18 anos	56,6	43,4	
19 anos	75,3	24,7	
20 anos	72,2	27,8	
21 anos	52,6	47,4	
22-60 anos	66,4	33,6	
<b>Curso</b>			0,644 ~
Licenciatura (IPVC)	63,9	36,1	
Pós-graduação/Especialização (ENSP)	75,9	24,1	
Mestrado (ENSP)	66,7	33,3	
Doutoramento (ENSP)	66,7	33,3	
<b>Instituição de ensino do aluno</b>			0,411 *
IPVC	63,9	36,1	
ENSP	69,4	30,6	
<b>Nível educacional do pai</b>			0,127 ~
Básico	71,0	29,0	
Secundário	59,0	41,0	
Superior	62,7	37,3	
<b>Nível educacional da mãe</b>			0,151 ~
Básico	71,5	28,5	
Secundário	61,0	39,0	
Superior	61,1	38,9	
<b>Existência de doença crónica</b>			0,212 *
Não	67,0	33,0	
Sim	55,3	44,7	
<b>Estado civil</b>			0,126 ^
Solteiro	63,6	36,4	
Casado ou em união de facto	81,1	18,9	
Divorciado	50,0	50,0	
<b>Tem filhos?</b>			0,201 *
Não	63,9	36,1	
Sim	78,4	21,6	

<b>Existência de alguma dificuldade financeira (alimentação, saúde, habitação e educação)</b>			<b>0,315 *</b>
Não	67,1	32,9	
Sim	58,9	41,1	
<b>Literacia para a saúde</b>			
<u>Score Global</u>			<b>0,006 *</b>
Inadequado ou problemático	75,8	24,2	
Suficiente ou excelente	59,0	41,0	
<b>Score Cuidados em Saúde</b>			<b>0,374 *</b>
Inadequado ou problemático	69,0	31,0	
Suficiente ou excelente	63,1	36,9	
<b>Score Prevenção da Doença</b>			<b>0,069 *</b>
Inadequado ou problemático	72,9	27,1	
Suficiente ou excelente	61,3	38,7	
<b>Score Promoção da Saúde</b>			<b>&lt;0,001 *</b>
Inadequado ou problemático	77,8	22,2	
Suficiente ou excelente	54,7	45,3	

\* Qui-quadrado com correção de continuidade

^ Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo

~ Qui-quadrado de Pearson

Na análise por curso, os alunos de Licenciatura revelaram uma proporção ligeiramente superior de estudantes ativos 36,1% vs. Mestrado e Doutoramento ambas com 33,3% mas as diferenças para os restantes alunos não foram estatisticamente significativas, assim como quando foram comparadas as duas instituições.

Foi procurada a relação entre nível educacional do pai e da mãe com o nível de atividade física e existem diferenças: (29% e 28,5% dos jovens ativos filhos de pai e mãe com ensino básico vs. 37,3% e 38,9% (respetivamente) de jovens ativos filhos de pai e mãe com nível educacional superior). No entanto, esta diferença de mais de 10 pontos percentuais no caso da diferente escolaridade da mãe não foi estatisticamente significativa como se pode verificar pelos valores de p expressos na tabela 3.

Relativamente à presença de doença crónica, há maior proporção de estudantes ativos quando na presença de doença crónica, 44,7% vs. 33% (sem doença crónica), não sendo no entanto estatisticamente significativas.

Os estudantes solteiros e sem filhos revelaram ser mais ativos que os casados (36,4% vs. 18,9% e do que aqueles com filho(s) (36,1% vs. 21,6%). Também existem diferenças não estatisticamente significativas no que concerne à presença de dificuldades económicas, sendo que na presença destas foram encontrados maior proporção de jovens ativos (41,1% vs. 32,9%).

Na procura da resposta ao principal objetivo deste trabalho de investigação foi encontrada uma associação positiva entre o score global de literacia para a saúde e a atividade física e as diferenças entre grupos foram estatisticamente significativas ( $p = 0,006$ ). Comparando quem foi classificado com score literacia inadequado ou problemático vs. suficiente ou excelente as proporções de jovens classificados como ativos são de 24,2% vs. 41,0%.

No subíndice de Cuidados em Saúde a diferença entre proporções foi menor, 30,1% (inadequado ou problemático) vs. 36,9% (suficiente ou excelente) do total de estudantes ativos, e não é estatisticamente significativa ( $p = 0,374$ ).

Relativamente ao subíndice Prevenção da Doença estas proporções foram de 27,1% vs. 38,7% do total de estudantes ativos, e são estatisticamente significativas ( $p = 0,069$ ).

O último subíndice, relativo à Promoção da Saúde demonstra, tal como o score global, uma diferença entre proporções significativa ( $p < 0,001$ ) entre os 2 níveis de literacia para a saúde (22,2% vs. 45,3% de jovens ativos).

Analisando agora as diferenças para o score global da literacia para a saúde e dicotomizando os resultados (suficiente e excelente corresponde a nível positivo de literacia para a saúde e inadequado e problemático corresponde a uma classificação de nível negativo em literacia para a saúde), não há diferenças significativas relacionadas com o sexo ou idade como pode ser verificado na tabela 4.

Os alunos da ENSP de pós-graduação/especialização (80,8%) e mestrado (54,3%) e Doutoramento (60,0%) apresentaram maior percentagem de alunos com nível positivo de literacia versus os alunos do IPVC (50,3%) e as diferenças são estatisticamente significativas ( $p = 0,034$ ).

Novamente, e tal como o aumento verificado na relação entre padrão de atividade física e nível educacional do pai e da mãe, verifica-se uma subida na proporção de estudantes com nível positivo de literacia por cada nível educacional crescente dos progenitores, com exceção para o nível educacional da mãe entre o nível secundário e superior. No entanto estas diferenças de proporções não foram estatisticamente significativas.

Também não foi encontrada relação entre a existência de doença crónica e o nível de literacia para a saúde, assim como para com o estado civil e presença de filhos.

Na presença de alguma dificuldade financeira verificou-se uma menor proporção de jovens com nível positivo de literacia para a saúde, do que quando não estão presentes dificuldades financeiras (44,7% vs. 56,9%), embora sem significância estatística.

**Tabela 4 - Comparação de grupos relativamente ao Score Global de Literacia para a saúde**

	Score Global Literacia para a Saúde		P-valor
	Inadequado ou problemático (n = 120; 45,5%)	Suficiente ou excelente (n = 144; 54,5%)	
<b>Sexo</b>			0,743 *
Masculino	47,0	53,0	
Feminino	44,2	55,8	
<b>Idade</b>			0,254 ~
18 anos	50,0	50,0	
19 anos	50,9	49,1	
20 anos	62,5	37,5	
21 anos	41,2	58,8	
22-60 anos	38,6	61,4	
<b>Curso</b>			0,034 ~
Licenciatura (IPVC)	49,7	50,3	
Pós-graduação/Especialização (ENSP)	19,2	80,8	
Mestrado (ENSP)	45,7	54,3	
Doutoramento (ENSP)	40,0	60,0	
<b>Instituição de ensino do aluno</b>			0,064 *
IPVC	49,7	50,3	
ENSP	36,8	63,2	
<b>Nível educacional do pai</b>			0,108 ~
Básico	50,4	49,6	
Secundário	45,8	54,2	
Superior	33,3	66,7	
<b>Nível educacional da mãe</b>			0,542 ~
Básico	49,2	50,8	
Secundário	42,2	57,8	
Superior	42,6	57,4	
<b>Existência de doença crónica</b>			0,608 *
Não	45,1	54,9	
Sim	51,4	48,6	
<b>Estado civil</b>			0,255 ^
Solteiro	56,3	52,7	
Casado ou em união de facto	40,0	60,0	
Divorciado	0,00	100,0	
<b>Tem filhos?</b>			0,776 *
Não	34,6	65,4	
Sim	40,0	60,0	
<b>Existência de alguma dificuldade financeira (alimentação, saúde, habitação e educação)</b>			0,171 *
Não	43,1	56,9	
Sim	55,3	44,7	
* Qui-quadrado com correção de continuidade			
^ Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo			
~ Qui-quadrado de Pearson			

### Estudo explicativo:

No estudo explicativo tentou-se perceber se existia associação entre a literacia para a saúde e a probabilidade de ser fisicamente ativo. Os resultados estão apresentados na tabela 5. Verificou-se que, para todos os *scores* (do global e dos três subíndices de literacia em estudo – cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), à medida que aumenta o nível de literacia para a saúde aumenta igualmente a probabilidade de ser ativo. Contudo, apenas se encontra significância estatística para o *score* global e para o *score* de promoção da saúde.

Considerando o *score* global de literacia para a saúde, verificou-se que os indivíduos que apresentam um *score* excelente têm 5,37 vezes mais possibilidades de serem ativos ( $OR_{ajustado} = 5,57$ ;  $IC_{95\%}: 1,05 - 27,4$ ), quando comparado com os indivíduos que apresentaram um *score* inadequado de literacia para a saúde.

<b>Tabela 5 - Estudo da associação entre a literacia para a saúde e a atividade física</b>				
	<b>Atividade física</b>			
	<b>Sedentário ou moderadamente ativo vs. ativo</b>			
	OR bruto	(IC 95%)	OR ajustado*	(IC 95%)
<b>Literacia para a saúde</b>				
<b>Score Global</b>				
Inadequado	1		1	
Problemático	2,05	( 0,43 - 9,75 )	2,16	( 0,45 - 10,3 )
Suficiente	3,84	( 0,82 - 18,1 )	4,13	( 0,87 - 19,5 )
Excelente	<b>5,14</b>	<b>( 1,01 - 26,1 )</b>	<b>5,37</b>	<b>( 1,05 - 27,4 )</b>
<b>Score Cuidados de Saúde</b>				
Inadequado	1		1	
Problemático	2,71	( 0,57 - 12,9 )	2,90	( 0,60 - 14,0 )
Suficiente	2,90	( 0,61 - 13,8 )	3,16	( 0,66 - 15,2 )
Excelente	4,07	( 0,81 - 20,5 )	4,41	( 0,87 - 22,4 )
<b>Score Prevenção da Doença</b>				
Inadequado	1		1	
Problemático	1,07	( 0,37 - 3,04 )	1,15	( 0,40 - 3,32 )
Suficiente	1,61	( 0,58 - 4,42 )	1,69	( 0,61 - 4,67 )
Excelente	2,23	( 0,75 - 6,59 )	2,39	( 0,80 - 7,15 )
<b>Score Promoção da Saúde</b>				
Inadequado	1		1	
Problemático	0,98	( 0,40 - 2,37 )	1,05	( 0,43 - 2,57 )
Suficiente	<b>2,31</b>	<b>( 1,01 - 5,32 )</b>	<b>2,45</b>	<b>( 1,06 - 5,67 )</b>
Excelente	<b>5,41</b>	<b>( 1,99 - 14,7 )</b>	<b>5,50</b>	<b>( 2,01 - 15,0 )</b>

\* ORs ajustados para o sexo; ORs obtidos por regressão logística binária

Relativamente ao *score* de literacia para a saúde do subíndice da Promoção da Saúde, os alunos que apresentaram *score* suficiente e excelente tiveram 2,45 ( $OR_{ajustado} = 2,45$ ;  $IC_{95\%}: 1,06 - 5,67$ ) e 5,50 ( $OR_{ajustado} = 5,50$ ;  $IC_{95\%}: 2,01 - 15,0$ ) vezes mais possibilidade,

respetivamente, de serem classificados como ativos, comparando com os estudantes da classe inadequado de *score* de literacia, sendo que este subíndice revelou-se como o mais importante na associação entre a literacia para a saúde e a atividade física.

Os *scores* de cuidados de saúde e prevenção da doença não se associaram de forma estatisticamente significativa apesar da tendência de associação observada nos valores ascendentes de OR, nas classes de literacia superiores.

## 5. Discussão e Conclusões

Neste estudo constatamos uma proporção elevada de jovens estudantes inativos e com inadequada ou problemática literacia para a saúde. Esta prevalência de inatividade física é descrita em vários estudos e numa metanálise de vários países<sup>15,16</sup>. Quanto à literacia em saúde, poucos estudos existem feitos com o questionário HLS, o qual ainda é recente (2016). Salienta-se um estudo efetuado em estudantes brasileiros do ensino superior, no qual foi reportado uma prevalência de nível inadequado de 17.3% e apenas 10.6% apresentavam um nível excelente de literacia em saúde, resultados semelhantes aos observados no presente estudo, embora ligeiramente piores naquele estudo<sup>17</sup>.

Ao estudar a associação entre a literacia para a saúde e a atividade física, constatou-se uma associação positiva entre maior nível de literacia para a saúde e maior probabilidade de ser ativo, sobretudo no que toca ao subíndice de literacia em Promoção da Saúde.

Estes resultados globais de literacia para a saúde estão de acordo com o Relatório Comparativo da Literacia para a Saúde (HLS-EU) feito nos 8 estados membros da União Europeia relativamente a alunos do ensino superior<sup>9,18</sup>.

O nível educacional dos pais surge como fator de associação positivo à literacia para a saúde, e, ainda que não estatisticamente significativa, verificou-se que quanto maior o nível educacional dos pais, maior a proporção de alunos com nível positivo de literacia para a saúde, sendo este aumento particularmente significativo na transição de ensino básico para secundário.

Seria expectável que o nível de literacia apresentasse uma relação com o nível socioeconómico, mas a relação não foi estatisticamente significativa neste estudo. Concluiu-se que os alunos que apresentam alguma dificuldade económica (habitacional, educacional, saúde ou alimentação) apresentam menor proporção de nível positivo de literacia para a saúde, 56,9% vs. 44,7%. No entanto, e ao contrário do que seria de esperar, dado que o estatuto socioeconómico surge associado positivamente à prática de exercício físico, observou-se que os alunos com alguma dificuldade económica são mais ativos do que os que não a apresentam (32,9% vs. 41,1%). No entanto é importante salientar que nenhuma destas associações foi estatisticamente significativa.

O *score* global médio de literacia para a saúde de 34,5 corresponde a uma literacia que entra na classe de suficiente, sendo importante criar intervenções que possam aumentar e

reforçar este nível de literacia, e principalmente reduzir as proporções de 5,2% e 40,2% com literacia inadequada e problemática, respetivamente.

Os alunos da ENSP de pós-graduação/especialização (80,8%) e mestrado (54,3%) e Doutoramento (60,0%) apresentam maior percentagem de alunos com nível positivo de literacia versus os alunos do IPVC (50,3%) e as diferenças são estatisticamente significativas.

Relativamente à percentagem de alunos ativos de somente 34,4%, esta também está em linha com o IAN-AF, “Entre os jovens dos 15 aos 21 anos, 36% são considerados fisicamente ativos, nos adultos esta percentagem baixa para 27%”<sup>4</sup>, e tal como os resultados de literacia para a saúde, este determinante de saúde mereceria um enfoque e intervenção que levassem a um aumento da proporção de alunos ativos.

Sabe-se que os planos curriculares do ensino superior e pós-graduado não contemplam a frequência de aulas de educação física, comparando com o ensino básico e secundário, exceto para cursos relacionados com a área do desporto, pelo que a inclusão de aulas de atividade física nestes planos curriculares poderia ser uma medida efetiva que pudesse aumentar o nível de atividade física nos jovens do ensino superior e pós-graduado.

Assim, importa criar ou aperfeiçoar, e implementar programas de atividade física e de literacia para a saúde em todas as classes sociais e níveis educacionais, sendo que a inatividade física e a iliteracia em saúde constituem determinantes negativos muito importantes do estado de saúde da população.

Quanto aos principais determinantes associados à prática de atividade física, neste estudo, e novamente de acordo com a revisão da literatura, o sexo masculino surge associado a maior prática de atividade física, assim como a idade, sendo que os indivíduos mais jovens têm tendência a praticar mais atividade física, no entanto as diferenças não foram estatisticamente significativas.

As diferenças no nível de atividade física entre cursos e instituições não foram estatisticamente significativas.

Considera-se que esta amostra possa ser representativa dos estudantes do IPVC do primeiro ano, uma vez que foram entregues questionários a diferentes polos de ensino do IPVC e a diferentes áreas de ensino e, nas turmas onde foi pedida a participação, houve uma proporção de participação de 100%. Na ENSP houve igualmente resposta por parte de alunos de todos os cursos, no entanto a proporção de participação global ficou nos 32,9%. Aqui, como não se calculou um tamanho amostral e as pessoas necessárias possam não ter participado de forma completamente aleatória, talvez possa ter ocorrido um viés de participação, especialmente na ENSP.

No que respeita a outras limitações e possíveis vieses deste trabalho, a maior limitação prende-se com o tipo de estudo, que, sendo transversal não permite que sejam tiradas

conclusões acerca da causalidade entre as variáveis da literacia para a saúde e da atividade física.

Quanto ao erro de medição: ambos os questionários foram rigorosamente testados e validados, no entanto apresentam as suas limitações, sendo as principais o facto de assentarem em dados autoreportados. A avaliação feita pelo IPAQ inclui toda a atividade física pelo que a sua medição é sobrestimada. No entanto os seus resultados foram comparados aos obtidos por pedómetros e a estimativa de avaliação aproximada da forma mais exata possível através das taxas de equivalentes metabólicos das diferentes atividades avaliadas e graus de intensidade. Para minimizar esta sobrestimação e como já referi, só os indivíduos que obtiveram o score ativo no IPAQ é que foram considerados ativos.

O HLS tem como principal limitação ser um questionário de autoperceção. No entanto o facto de ter sido adaptado, validado e traduzido minimiza o viés de medição. Importa também referir que durante o processo de conceção foi feito um pré-teste do mesmo e a integração dos resultados do mesmo foi coadjuvada pela técnica de *focus group* com um painel de 12 peritos em questões relacionadas com literacia para a saúde.

Relativamente aos vieses (erros sistemáticos), penso que devam ser salientados o viés de seleção: a participação no estudo está dependente do consentimento de participação, logo os indivíduos que consentem em participar estarão em princípio mais disponíveis ou interessados no problema em estudo. Quanto a erros de informação, o viés de memória pode estar presente dado que as respostas invocam várias situações relativas ao passado isto pode levar a um viés de memória.

Relativamente à validade do estudo, dado que os erros foram minimizados, o estudo é válido e quanto à validade interna, uma vez que os resultados são coerentes com a realidade pensa-se que esta esteja assegurada.

A validade externa refere-se à possibilidade de os resultados serem generalizados, isto é, serem aplicados numa população semelhante.

Quando os resultados são semelhantes, o modelo teórico inicial é reforçado. Como a amostra é representativa da população-alvo, este estudo tem capacidade para ser extrapolado para outra população-alvo semelhante, por exemplo outra instituição de ensino como escola ou Universidade.

A principal conclusão deste trabalho de investigação pode ser observada através do quadro 5, em que se apresenta a força da associação isolada entre Literacia para a Saúde e a Atividade Física, constatando-se para o *score* global de Literacia para a Saúde, que os indivíduos que apresentam um *score* Excelente têm 5,37 vezes mais possibilidades de serem ativos ( $OR_{ajustado} = 5,37$ ;  $IC_{95\%}: 1,05 - 27,4$ ).

Para reforçar a importância da Promoção da Saúde, comparando os estudantes com *score* Excelente com os que apresentaram *score* Inadequado neste subíndice de literacia, os que

apresentaram *score* Excelente têm 5,50 vezes mais possibilidade de ser ativos ( $OR_{ajustado} = 5,50$ ;  $IC_{95\%}: 2,01 - 15,0$ ).

A Promoção da Saúde compreende todas as ações que criam estados de saúde favoráveis para a população e requer participação ativa da mesma, capacitando os indivíduos para a obtenção da saúde, no sentido de a melhorar<sup>12</sup>. Só através do reforço da educação para a saúde, ferramenta para a Promoção da Saúde, será possível uma mudança gradual e contínua no comportamento da população dos estudantes do ensino universitário pré e pós-graduado com objetivo de melhoria da saúde dos mesmos.

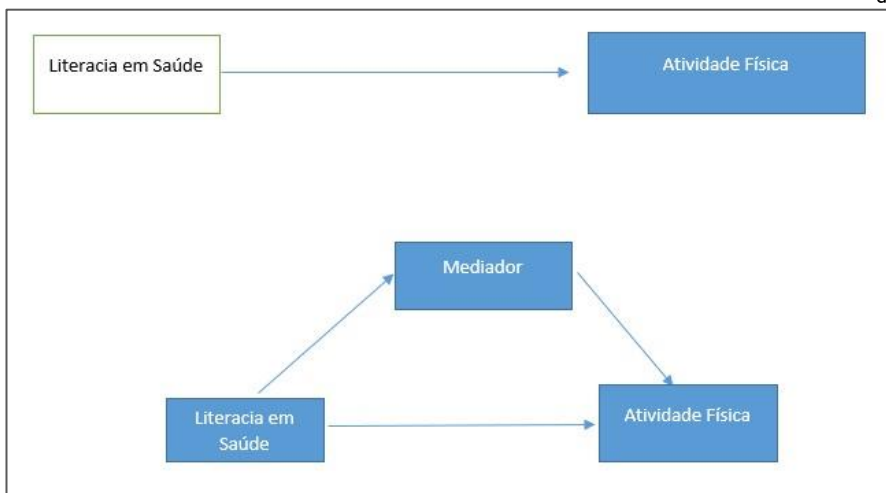
## 6. Referências bibliográficas

1. WHO. Physical activity. <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>. Published 2018.
2. WHO. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Switzerland; 2010.
3. Observatório Nacional da Actividade Física. *Livro Verde Da Actividade Física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, I.P.; 2006.
4. Carla Lopes, Duarte Torres, Andreia Oliveira, Milton Severo, Violeta Alarcão, Sofia Guiomar, Jorge Mota, Pedro Teixeira, Sara Rodrigues, Liliane Lobato, Vânia Magalhães, Daniela Correia, Andreia Pizarro, Adilson Marques, Sofia Vilela, Luísa Oliveira, Paul ER. *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF, 2015-2016*. Vol 112.; 2017. doi:10.1192/bjp.112.483.211-a
5. IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). 2005. doi:10.1039/c6ra15691f
6. Silva PR da, Graça P, Mata F, Arriaga M, Silva A. *Estratégia Nacional Para a Promoção Da Atividade Física, Da Saúde e Do Bem-Estar*. Lisboa: Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.; 2016.
7. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
9. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043
10. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. *Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality*. Sydney; 2014.
11. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: Findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1-8. doi:10.1186/s12889-016-3267-7
12. WHO. Carta de Ottawa. *World Heal Organ*. 1986:1-6. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>.
13. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. *Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States (First Slightly Extended and Revised Version)*.; 2013.
14. Geboers B, De Winter AF, Luten KA, Jansen CJM, Reijneveld SA. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *J Health Commun*. 2014;19:61-76. doi:10.1080/10810730.2014.934933
15. Irwin JD. Prevalence of University Students' Sufficient Physical Activity: A Systematic Review. *Percept Mot Skills*. 2004.
16. You JS, Chin JH, Kim MJ, Chang KJ. College Students' Dietary Behavior, Health-Related Lifestyles and Nutrient Intake Status by Physical Activity Levels using International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) in Incheon Area. *Korean J Nutr*. 2008;41.
17. Carvalho GS, Cristina M, Araújo P, Boff ETO, Branca R. European Health Literacy Scale (HLS-EU-BR) Applied in A Brazilian Higher Education Population of Rio Grande Do Sul (RS). *Appl of Information Technol*. 2016;9:1289-1295.
18. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saude Publica*. 2016;34(3):259-275. doi:10.1016/j.rpsp.2016.07.002

## Anexos

### Quadro conceptual do estudo:





**Questionários:**

1-HLS-EU – Versão traduzida, testada e validada em Portugal

Sexo: M ___ F ___						
Idade: anos ___						
Nível educacional Pai (Assinalar com uma cruz): Analfabeto _____						
Básico _____						
Secundário _____						
Licenciatura _____						
Mestre/doutor _____						
Nível educacional Mãe (Assinalar com uma cruz): Analfabeto _____						
Básico _____						
Secundário _____						
Licenciatura _____						
Mestre/doutor _____						
Tem alguma doença crónica (por exemplo asma, diabetes, etc): Sim ___ (qual?) _____						
Não ___						
<b>A situação financeira do seu agregado familiar permite-lhe satisfazer as necessidades básicas de:</b>						
	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não responde
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra (especifique)						

**GRUPO I – Questionário Europeu de Literacia em Saúde**

**Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a**

... :

	1 - Muito Difícil	2 - Difícil	3 - Fácil	4 - Muito Fácil	5 - Não Sei
1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que a/a preocupam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que a/a preocupam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Saber mais sobre o que fazer em caso de uma emergência médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica ao seu caso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Cumprir as instruções sobre a medicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as situações como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Compreender porque precisa de vacinas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

e excesso de álcool?

25. Avaliar quando precisa de ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Avaliar que vacinas pode necessitar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Avaliar que exames médicos deve fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, a alimentação saudável e a nutrição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Compreender a informação em como manter uma mente saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Avaliar a forma como as suas condições de habitação o podem ajudar a manter-se saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Tomar decisões para melhorar a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2-IPAQ-Versão Curta- Traduzido, testado e validado em Portugal

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

**Actividade física vigorosa** refere-se a actividades que requerem muito esforço físico e tornam a respiração muito mais intensa que o normal.

**Actividade física moderada** refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e torna a respiração um pouco mais intensa que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

**1a** Habitualmente, por semana, quantos dias faz actividades físicas **vigorosas** como levantar e/ou transportar objectos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

\_\_\_ dias por semana

\_\_\_ Nenhum (passe para a questão **2a**)

**1b** Quanto tempo costuma fazer actividade física vigorosa por dia?

\_\_\_ horas \_\_\_ minutos

**2a** Normalmente, por semana, quantos dias faz actividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objectos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? Não inclua o andar/caminhar.

\_\_\_ dias por semana

\_\_\_ Nenhum (passe para a questão **3a**)

**2b** Quanto tempo costuma fazer actividade física moderada por dia?

\_\_\_ horas \_\_\_ minutos

**3a** Habitualmente, por semana, quantos dias **caminha** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

\_\_\_ dias por semana

\_\_\_ Nenhum (passe para a questão **4a**)

**3b** Quanto tempo costuma caminhar por dia?

\_\_\_ horas \_\_\_ minutos

**3c** A que passo costuma caminhar?

\_\_\_ Passo **vigoroso**, que torna a sua respiração muito mais intensa que o normal;

\_\_\_\_\_ Passo **moderado**, que torna a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;

\_\_\_\_\_ Passo **lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração;

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem o tempo em que está sentado numa secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.

**4a** Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

**4b** Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de fim-de-semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

3. Informação relacionada com o processamento dos questionários

HLS

Estas questões foram desenvolvidas segundo um modelo conceptual que engloba 3 domínios muito importantes da saúde- cuidados de saúde (16 questões), promoção da saúde (16 questões) e prevenção da doença (15 questões)- e 4 níveis de processamento da informação- acesso, compreensão, avaliação e utilização- essenciais à tomada de decisão. A combinação destes domínios com os níveis resulta numa matriz de análise de literacia para a saúde com 12 subíndices que são operacionalizadas nas 47 questões do instrumento.

Através de uma escala de 4 valores, do muito fácil ao muito difícil, o indivíduo refere o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. De modo a garantir o cálculo correto dos índices e assegurar a comparação entre eles, foram uniformizados numa escala métrica variável entre 0-50, na qual o 0 é o mínimo e 50 o valor máximo de literacia para a saúde.

Para a conversão da escala inicial, de 47 a 188 numa escala de 0 a 50 através da fórmula:

$$I = [(X - 1)/3]*50$$

Onde:

I – Índice específico calculado

X – Média das questões respondidas para cada indivíduo

1 – Valor mínimo possível da média (conduz a um valor mínimo do índice igual a 0)

3 – Intervalo da média

50 – Valor máximo escolhido para a escala

Para os 4 níveis foram identificados os seguintes pontos de corte: scores iguais ou inferiores a 25 pontos = literacia para a saúde inadequada; scores entre 25 e 33 pontos = problemática; 33-42 = suficiente e scores entre 42-50 = literacia para a saúde excelente.

O HLS-EU-PT apresenta-se como um instrumento adequado para aferir o nível de literacia para a saúde da população portuguesa e evidencia propriedades psicométricas comparáveis às versões utilizadas nos outros países.

## IPAQ

O IPAQ versão curta é constituído por 7 perguntas.

A escolha desta versão em detrimento da longa prende-se com a preocupação da extensão de perguntas que os alunos vão ser sujeitos, correndo o risco de serem demasiadas perguntas na versão longa, juntamente com as 47 perguntas do HLS.

Este é um instrumento projetado principalmente para a vigilância populacional da atividade física entre os adultos (faixa etária de 15 a 69 anos).

O formulário curto do IPAQ pergunta sobre três tipos específicos de atividades realizadas nos quatro domínios apresentados acima: caminhada, atividades de intensidade moderada e atividades de intensidade vigorosa, fornecendo pontuação separada para cada atividade.

A computação do score total para a forma curta requer a soma da duração (em minutos) e da frequência (dias) dos três tipos específicos de atividades. As estimativas específicas do domínio não podem ser estimadas.

Os resultados podem ser apresentados sobre a forma categórica e contínuos. No entanto, dada a distribuição não normal de gastos de energia em muitas populações, sugere-se que o indicador contínuo seja apresentado como a mediana dos minutos / semana ou a mediana MET-minutos / semana mediana em vez da média.

Uma medida da atividade pode ser calculada ponderando cada tipo de atividade pelos seus requisitos de energia definidos em METs para produzir uma pontuação em MET-minutos.

METs são múltiplos da taxa metabólica de repouso e um MET-minuto é calculado multiplicando o score MET de uma atividade pelos minutos realizados.

As pontuações MET-minutos equivalem a quilocalorias para uma pessoa de 60 quilogramas. As quilocalorias podem ser calculadas a partir de MET-minutos usando a

seguinte equação: MET-min x (peso em quilogramas / 60 quilogramas). MET-minutos / dia ou MET-minutos / semana podem ser apresentados, embora o último seja mais frequentemente usado e, portanto, é sugerido.

Dado que não há limites estabelecidos para a apresentação de MET-minuto, devem ser apresentados os valores médios e intervalos interquartil para diferentes populações.

Existem três níveis de atividade: baixa, moderada e alta.

### **Alta**

Considerando que a atividade basal pode ser considerada como seja equivalente a aproximadamente 5000 passos por dia, propõe-se que a categoria "alta atividade" seja considerada como aqueles que movem pelo menos 12.500 passos por dia ou o equivalente em atividades moderadas e vigorosas.

Isso representa pelo menos uma hora mais atividade de intensidade moderada além do nível basal de atividade, ou meia hora de atividade de intensidade vigorosa além dos níveis basais diariamente. Esses cálculos foram baseados em resultados emergentes de estudos de pedómetros.

Os dois critérios para a classificação como "alta" são: a) atividade de intensidade vigorosa em pelo menos 3 dias atingindo um mínimo. Atividade física total de pelo menos 1500 MET-minutos / semana ou b) 7 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividades de intensidade moderada ou de intensidade vigorosa, atingindo um mínimo de atividade física total de pelo menos 3000 MET-minutos/semana.

### **Média**

O padrão de atividade a ser classificado como "moderado" é um dos seguintes critérios: a) 3 ou mais dias de atividade de intensidade vigorosa de pelo menos 20 minutos por dia ou b) 5 ou mais dias de atividade de intensidade moderada e / ou caminhada de pelo menos 30 minutos por dia ou c) 5 ou mais dias de qualquer combinação de atividades de intensidade de caminhada, intensidade moderada ou vigorosa, atingindo um mínimo de atividade física total de pelo menos 600 MET-minutos/semana.

Propõe-se que seja um nível de atividade equivalente a "meia hora de atividade física de intensidade moderada na maioria dos dias".

### **Baixa**

Quando não cumpre os critérios para nenhuma das categorias anteriores.

**Quadro 4:** “Índices gerais e específicos de alfabetização em saúde e seus respectivos itens; Número mínimo de respostas válidas necessárias para o cálculo do índice; Mínima e Máxima da Escala Métrica”.

ITEM	GEN-HL	HC-HL	DP-HL	HP-HL
Q1.1	✓	✓		
Q1.2	✓	✓		
Q1.3	✓	✓		
Q1.4	✓	✓		
Q1.5	✓	✓		
Q1.6	✓	✓		
Q1.7	✓	✓		
Q1.8	✓	✓		
Q1.9	✓	✓		
Q1.10	✓	✓		
Q1.11	✓	✓		
Q1.12	✓	✓		
Q1.13	✓	✓		
Q1.14	✓	✓		
Q1.15	✓	✓		
Q1.16	✓	✓		
Q1.17	✓		✓	
Q1.18	✓		✓	
Q1.19	✓		✓	
Q1.20	✓		✓	
Q1.21	✓		✓	
Q1.22	✓		✓	
Q1.23	✓		✓	
Q1.24	✓		✓	
Q1.25	✓		✓	
Q1.26	✓		✓	
Q1.27	✓		✓	
Q1.28	✓		✓	
Q1.29	✓		✓	
Q1.30	✓		✓	
Q1.31	✓		✓	
Q1.32	✓			✓
Q1.33	✓			✓
Q1.34	✓			✓
Q1.35	✓			✓
Q1.36	✓			✓
Q1.37	✓			✓
Q1.38	✓			✓
Q1.39	✓			✓
Q1.40	✓			✓
Q1.41	✓			✓
Q1.42	✓			✓
Q1.43	✓			✓
Q1.44	✓			✓
Q1.45	✓			✓
Q1.46	✓			✓
Q1.47	✓			✓
<b>Minimum number of valid answers for index calculation</b>				
Item Number	43	35	14	14
<b>Convenient metric of indices</b>				
Minimum	0	0	0	0
Maximum	50	50	50	50