



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa

Escola Nacional de Saúde Pública

**LITERACIA PARA A SAÚDE
E OS DESAFIOS DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES**

17º Curso de Mestrado de Saúde Pública

Maria Inês Evaristo da Costa

2018



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa

Escola Nacional de Saúde Pública

**LITERACIA PARA A SAÚDE
E OS DESAFIOS DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Luís Ângelo Saboga Nunes.

2018

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
Sem aprender a fazer o caminho caminhando,
Refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão ser dirigidos àqueles que contribuíram para a concretização deste estudo e que tornaram este percurso menos difícil. Aos que me acompanharam num momento muito doloroso não me deixando desistir.

Em primeiro tenho de agradecer ao Professor Doutor Luís Saboga-Nunes porque além de me orientar neste estudo com extrema generosidade, foi excepcional ao me apoiar numa fase muito complicada da minha vida não me deixando render e continuar a empenhar para este estudo estar concluído.

Tenho também de agradecer à minha amiga Doutora Ana João pela sua ajuda e amizade.

Agradeço também ao Professor Doutor Pedro Aguiar pela sua disponibilidade na revisão da análise estatística deste estudo, pelas sugestões pertinentes para melhorar o estudo.

Agradeço à professora Isabel Andrade por me ajudar na normalização deste trabalho.

Agradeço ao João por me ajudar na revisão do trabalho tornado mais agradável as horas que demorámos ao fazê-lo.

DEDICATORIA

Este trabalho é dedicado à pessoa que me deu todo o apoio para o fazer e partiu para junto de Deus algures neste percurso, deixando uma saudade imensa – a minha querida avó Maria Amorim.

RESUMO

A Literacia para a Saúde afirma-se como um determinante de saúde, de qualidade de vida e bem-estar. Está relacionada com a capacidade de lidar com a informação sobre saúde, nomeadamente, no que diz respeito ao seu acesso, compreensão, interpretação, avaliação, aplicação e utilização em diversas situações e ao longo do ciclo de vida. A adolescência é uma fase de mudança a vários níveis, sendo fundamental a integração de comportamentos saudáveis que serão uma reserva de saúde para a vida.

Hoje em dia, por parte de académicos e clínicos há um maior interesse no recurso a aplicações para *smartphones* ou aplicações móveis (*apps*) como um meio para intervir na manutenção ou aquisição de comportamentos saudáveis. Apesar do grande potencial e uso abundante por parte dos adolescentes, as pesquisas disponíveis são limitadas na temática das *apps* e promoção de saúde para adolescentes.

Neste estudo pretendemos olhar para a existência da relação existente entre a utilização de *apps* para promover a saúde e o nível de Literacia para a Saúde dos adolescentes. Este estudo é transversal, descritivo e de associação. A amostra é constituída por 293 adolescentes, que frequentam o ensino secundário e residem maioritariamente nos concelhos de Almeirim e Santarém.

Verificámos que quanto mais elevado o ano de escolaridade e elevado o *status* social, mais elevado é o nível de Literacia para a Saúde. Os adolescentes do sexo masculino apresentam um nível de Literacia para a Saúde em Prevenção da Doença e em Promoção da Saúde mais elevado. Não encontramos qualquer relação entre a idade e a Literacia para a Saúde ou qualquer dos seus domínios.

Relativamente às *apps* verificámos uma relação entre o sexo e a utilização de *apps* para promover a saúde, concluindo-se que o maior número de utilizadores é do sexo feminino. Das *apps* mais utilizadas destacam-se as associadas à atividade física e à saúde feminina.

Verificámos que quanto maior o nível de Literacia para a Saúde em Cuidados de Saúde maior é a utilização de *apps* para promover a saúde. Concluímos que existe uma relação entre a Literacia para a Saúde em Cuidados de Saúde e a utilização de *apps* para promover a saúde.

Palavras-chave: Literacia para a Saúde, Promoção da Saúde, Salutogénese, *Smartphone*, *Apps*.

ABSTRAT

Health Literacy is considered as a health determinant, of quality of life and well-being. It is related with the ability to deal with health information, in particular, with its access, comprehension, interpretation, evaluation, application and use in different situations, throughout the life cycle. Adolescence is a critical period of change in the life cycle, and is essential to integrate healthy behaviors that will be converted into a solid health capital.

Today, the increased use of mobile applications (*apps*) for smartphones as a means to intervene in maintaining or acquiring healthy behaviors, demands more empirical research. It is recognized the high potential of apps use, but available research is limited concerning its real impact for adolescents' health promotion.

In this study, we intend to explore the existence of a relationship between the use of apps to promote health and Adolescent's Health Literacy level. This study is cross-sectional, descriptive and correlational. It is based in a sample of 293 adolescents, who attend secondary education and live mostly in the municipalities of Almeirim and Santarém.

We found that higher levels of education and social status are related to higher levels of Health literacy. Male adolescents (when compared to girls) have higher levels of Health Literacy in Disease Prevention and in Health Promotion. We did not find any relation between age and Health Literacy or any of its domains.

There is a relationship between gender and the use of apps to promote health (more females than males are prone to use apps). Apps more used are associated with physical activity and female health.

A higher level of Health Literacy in the Health Care dimension, corresponds to a greater use of health promotion apps. We may conclude that there is a relationship between Health Literacy in Health Care and the use of apps to promote health.

Keywords: Health Literacy, Health Promotion, Salutogenesis, Smartphone, *Apps*.

ÍNDICE

RESUMO.....	iv
ABSTRAT.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE TABELAS	xi
ANEXOS.....	xiii
ABREVIATURAS	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
2. ESTADO DA ARTE	5
2.1. A Adolescência	5
2.2. Estilos de Vida e adolescência.....	6
2.3. Promoção da Saúde e Educação para a Saúde	7
2.4. Salutogénese e o sentido de coerência.....	9
2.5. Literacia para a Saúde.....	10
2.6. Literacia para a Saúde e a Adolescência	12
2.7. Modelo Conceptual Integrado de LS.....	13
2.8. A Literacia para a Saúde em Portugal e na Europa	15
2.8.1. Literacia para a Saúde e o Sexo.....	20
2.8.2. Literacia para a Saúde e a Idade.....	20
2.8.3. Literacia para a Saúde e a Escolaridade.....	21
2.8.4. Literacia para a Saúde e o <i>Status Social</i>	22
2.9. O interesse nacional na melhoria dos níveis da LS.....	22
2.10. Literacia para a Saúde e as TIC.....	23
2.11. Informação sobre saúde e <i>Internet</i>	25
2.12. Saúde e uso de Apps.....	27
2.12.1. Utilização de <i>Apps</i> para a saúde e o Sexo.....	29
2.12.2. Utilização de <i>Apps</i> para a saúde e a Idade.....	29
2.12.3. Utilização de <i>Apps</i> para a saúde e a Escolaridade.....	30
2.12.4. A Literacia para a Saúde e a utilização de <i>Apps</i> para a saúde	30
2.13. Um caminho para a promoção da saúde.....	30
3. METODOLOGIA	33
3.1. Definição do problema.....	33

3.2.	Pergunta de investigação.....	34
3.3.	Hipóteses de investigação	34
3.4.	Objetivos do estudo.....	35
3.5.	Modelo de análise	35
3.5.1.	Instrumento de recolha de dados.....	36
3.5.2.	Questionário Europeu de LS.....	37
3.5.3.	Utilização das <i>Apps</i>	38
3.6.	Variáveis	39
3.7.	Desenho do estudo	40
3.7.1.	População e amostra	41
3.7.2.	Critérios de exclusão.....	41
3.7.3.	Técnica de Recolha de Dados	41
3.7.4.	Considerações Éticas	42
3.7.5.	Técnica de Tratamento de Dados.....	42
4.	RESULTADOS.....	45
4.1.	Estatística Descritiva.....	45
4.1.1.	Distribuição de acordo com o Sexo	45
4.1.2.	Distribuição de acordo com a Idade	45
4.1.3.	Distribuição de acordo com a Escolaridade	46
4.1.4.	Distribuição de acordo com o <i>Status Social</i>	46
4.1.5.	Distribuição de acordo com a Área de Residência	46
4.2.	Estatística Descritiva – Literacia para a Saúde	47
4.2.1.	Estatística de fidelidade ou consistência interna.....	47
4.2.2.	Síntese da resposta às questões do HLS-EU-PT	48
4.2.3.	Distribuição de acordo com os níveis de LS	48
4.2.4.	Distribuição dos níveis de LS em Cuidados de Saúde.....	49
4.2.5.	Distribuição dos níveis de LS em Prevenção da Doença	50
4.2.6.	Distribuição dos níveis de LS em Promoção da Saúde	50
4.3.	Estatística Descritiva - <i>Apps</i>	51
4.3.2.	Distribuição sobre a utilização de <i>apps</i> para promover a saúde	51
4.3.3.	Síntese da distribuição das <i>apps</i> utilizadas para promover a saúde.....	52
4.3.4.	Distribuição sobre a utilização de <i>apps</i> para gerir a doença.....	52
4.3.5.	Síntese da distribuição da utilização de <i>apps</i> para gerir a doença	53
4.4.	Estatística Inferencial.....	53
4.4.1.	Análise de associação da LS e domínios com o Sexo	53
4.4.2.	Análise de associação entre LS e domínios com a Idade	54

4.4.3.	Análise de associação entre LS e domínios com a Escolaridade	55
4.4.4.	Análise de associação entre LS e domínios com o <i>Status Social</i>	55
4.4.5.	Análise de associação entre a utilização de <i>apps</i> para promover a saúde e o Sexo.....	56
4.4.6.	Análise de associação entre a utilização de <i>apps</i> para promover a saúde e a Idade.....	57
4.4.7.	Análise de associação entre a utilização de <i>Apps</i> para promover a saúde e Escolaridade	58
4.4.8.	Análise de associação entre a LS e seus domínios e a utilização de <i>apps</i> para promover a saúde	59
5.	DISCUSSÃO	61
5.1.	Fidelidade e Consistência Interna.....	61
5.2.	Literacia para a Saúde e seus domínios.....	61
5.2.1.	Literacia para a Saúde, seus domínios e o Sexo	62
5.2.2.	Literacia para a Saúde, seus domínios e a Idade	62
5.2.3.	Literacia para a Saúde, seus domínios e a Escolaridade	63
5.2.4.	Literacia para a Saúde, seus domínios e o <i>Status Social</i>	63
5.3.	Adolescência e utilização de <i>Apps</i>	64
5.3.1.	Utilização de <i>apps</i> para promover a saúde <i>versus</i> Sexo.....	65
5.3.2.	Utilização de <i>Apps</i> para promover a saúde <i>versus</i> Idade.....	65
5.3.3.	Utilização de <i>apps</i> para promover a saúde <i>versus</i> Escolaridade	66
5.3.4.	Literacia para a Saúde e domínios e a utilização de <i>apps</i> para promover a saúde	66
6.	CONCLUSÃO	69
7.	RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES.....	71
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
	ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da LS.	14
Figura 2: Esquema representativo da relação da LS e seus domínios com a utilização de apps para promover a saúde, e da associação de variáveis sociodemográficas com a LS e seus domínios e com a utilização de apps para promover a saúde.	36
Figura 3 Versão portuguesa autorizada do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT.	37
Figura 4: Classificação das variáveis do estudo.....	39
Figura 5: Alunos matriculados no ensino secundário, o total da região e por município.	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Nível de LS, por Estado-Membro e Total (incluindo a amostra portuguesa)	16
Gráfico 2: Nível de LS (%), em três estudos portugueses e HLS-EU (Total 8 Estados-Membros).....	17
Gráfico 3: Nível de LS em Cuidados de Saúde %.....	17
Gráfico 4: Nível de LS em Prevenção da Doença %.....	18
Gráfico 5: Nível de LS em Promoção da Saúde %.....	19
Gráfico 6: Nível de LS de adolescentes portugueses, CrAdLisa	20

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com o sexo	45
Tabela 2: Distribuição da amostra de acordo com a idade.....	45
Tabela 3: Distribuição da amostra de acordo com o ano de escolaridade.....	46
Tabela 4: Distribuição da amostra de acordo com o nível de status social.....	46
Tabela 5: Distribuição de acordo com os concelhos onde vivem os adolescentes.....	47
Tabela 6: Estatística de fidelidade interna para a escala HLS-EU-PT	48
Tabela 7: Distribuição da amostra de acordo com os níveis de LS	49
Tabela 8: Distribuição da amostra de acordo com os níveis de LS agrupado	49
Tabela 9: Distribuição de acordo com os níveis de LS em Cuidados de Saúde	49
Tabela 10: Distribuição da amostra de acordo com os níveis de LS em Prevenção da Doença.	50
Tabela 11: Distribuição de acordo com os níveis de LS em Promoção da Saúde.....	50
Tabela 12: Distribuição de acordo com a questão 69:.....	51
Tabela 13: Distribuição da amostra de acordo com a utilização de apps para promover a saúde.....	52
Tabela 14: Distribuição das apps agrupadas por temas.....	52
Tabela 15: Distribuição de acordo com a questão 70.....	53
Tabela 16: Distribuição da amostra de acordo com a utilização de apps no telemóvel para gerir a doença.....	53
Tabela 17: Análise de associação entre LS e os seus domínios com o Sexo	54
Tabela 18: Análise associação entre LS e domínios com a idade.....	55
Tabela 19: Análise de associação entre a LS e domínios com a escolaridade.....	55
Tabela 20: Análise associação entre LS e domínios com o Status Social.....	56
Tabela 21: Distribuição da utilização de apps para promover a saúde cruzada com o sexo	57
Tabela 22: Teste do Qui-Quadrado de Pearson, entre sexo e utilização de apps para promover a saúde.....	57
Tabela 23: Distribuição da utilização de apps para promover a saúde cruzada com a Idade	58
Tabela 24: Teste do Qui-Quadrado de Pearson, entre a idade e a utilização de apps para promover a saúde.....	58
Tabela 25: Distribuição da utilização de apps para promover a saúde cruzada com o ano de escolaridade	59
Tabela 26: Teste do Qui-Quadrado de Pearson entre ano de escolaridade e a utilização de apps para promover a saúde.....	59

Tabela 27: Associação entre LS e domínios e a utilização de apps para a promover a saúde.....	60
---	----

ANEXOS

Anexo 1: Matriz dos sub índices de LS baseados no modelo concetual do HLS-EU ..	85
Anexo 2: Questionário HLS-EU-PT (renasceres.net)	87
Anexo 3: Análise descritiva de cada item do HLS-EU-PT	91
Anexo 4: Aplicações Móveis Referidas Pelos Adolescentes	105

ABREVIATURAS

ACESL	Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria
α	Alfa de Cronbach
<i>App</i>	Aplicativo Móvel
<i>Apps</i>	Aplicativos Móveis
CAWI	Computer Assisted Web Interviewing
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CNPD	Comissão Nacional de Proteção de Dados
CrAdLiSa	Incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde
DP	Desvio Padrão
DGS	Direção Geral da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
EU	União Europeia
ES	Educação para a Saúde
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HLS-EU-PT	European Health Literacy Survey in Portuguese
HLS-EU-Q	European Health Literacy Survey Questionnaire
LS	Literacia para a Saúde
Sig.	Significância
M	Média
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
ODPHP	Office of Disease Prevention and Health Promotion
PAPES	Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde
PLSL	Plano Local De Saúde Da Lezíria
PNS	Plano Nacional De Saúde
PNSE	Plano Nacional De Saúde Escolar
PS	Promoção da Saúde
RLVT	Região Lisboa e Vale do Tejo
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SCO	Sentido de Coerência
UEI	Uso Excessivo de <i>Internet</i>
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
WHO	World Health Organization

WI-FI

Wireless Fidelity

1. INTRODUÇÃO

A definição de saúde foi formulada em 1948 pela WHO e descreve a saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Na época foi uma formulação inovadora devido à sua ambição (Huber *et al.*, 2011) e tratando-se de uma definição positiva sobre saúde (Loureiro e Miranda, 2010).

A saúde em cada fase da vida, afeta a saúde noutras fases e tem efeitos cumulativos para a próxima geração. Dessa forma, a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes são essenciais para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável, particularmente aqueles que visam a erradicação da pobreza, a segurança da saúde, a educação e a redução das desigualdades. É necessária ação em todos os setores da sociedade (tais como, finanças, economia, educação, saúde) para apoiar crianças e adolescentes a viver e prosperar (WHO, 2002).

Consensualmente a adolescência é considerada um momento de saúde (Burt, 2002). A adolescência também é reconhecida como uma fase crítica do curso da vida, durante a qual, são estabelecidos vários padrões comportamentais que ajudam a determinar o estado atual da saúde e os seus resultados futuros. Sendo assim, o investimento nos cidadãos durante a fase da adolescência proporcionará benefícios económicos e sociais além dos melhores resultados em saúde, permitindo que cresçam e se desenvolvam em adultos prósperos (WHO, 2014).

Estados-Membros da União Europeia da WHO comprometeram-se em 2014 com a estratégia europeia para a saúde infantil e adolescente 2015-2020 (WHO, 2014), que visa permitir que as crianças e os adolescentes concretizem todo o seu potencial de saúde, desenvolvimento e bem-estar e reduzindo o peso de mortalidade e morbilidade evitáveis (WHO, 2017).

Um nível suficiente de Literacia para a Saúde (LS) implica que um indivíduo detenha competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações para tomar decisões relacionadas à saúde no dia-a-dia, tendo em conta os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde, de forma a manter ou melhorar a sua saúde ao longo da vida (Sørensen *et al.*, 2012).

No entanto, os baixos níveis de LS são uma característica comum à maioria dos países europeus, não se tratando de um problema menor. Cerca de 50% dos adultos em oito países europeus apresentam LS inadequada ou problemática (HLS-EU Consortium, 2012). Os dados de estudos realizados em Portugal são também preocupantes.

Os avanços nas áreas das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) têm permitido mudanças constantes e, quase sempre, favoráveis em diversas áreas do conhecimento. Os adolescentes são um grupo populacional com um interesse particular em TIC nomeadamente em dispositivos móveis. A crescente utilização desses dispositivos tem permitido o uso de aplicações móveis (*apps*) também na área da promoção da saúde (PS).

Este estudo pretende explorar a relação entre a utilização de *apps* e a promoção da saúde dos adolescentes e que impacto isso pode ter na sua vida.

O contexto da investigação

A população que este estudo aborda são os adolescentes da Região Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) e no Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria (ACESL).

O Plano Local de Saúde da Lezíria (PLSL) revela uma taxa de analfabetismo e taxa de abandono escolar superior à RLVT, e a taxa de desemprego apresenta valores semelhantes aos da RLVT. O consumo de tabaco e álcool nos jovens que frequentam o 3º ciclo e secundário, a mortalidade por doenças cérebro vasculares, por diabetes *mellitus*, por lesões autoprovocadas intencionalmente/suicídio e acidentes de transporte apresentam taxas superiores à RLVT.

O PLSL tem vários objetivos entre os quais: promover a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e reforçar a LS. Com esta investigação pretendemos também contribuir para a concretização desses objetivos.

Pergunta de partida para este estudo

Este estudo pretende explorar se “Existe uma relação entre a utilização de *apps* para promover a saúde e o nível de LS?”

O objetivo geral deste estudo visa conhecer os níveis de LS dos adolescentes e a sua relação com a utilização de *apps* para promover a saúde.

Os objetivos específicos que colocámos são:

- Descrever as características sociodemográficas dos adolescentes;
- Identificar os níveis de LS dos adolescentes;
- Identificar a associação entre o sexo, a idade, a escolaridade e o *status* social e a LS;

- Identificar as *apps* para promover a saúde mais utilizadas pelos adolescentes;
- Identificar a associação entre a utilização de *apps* para promover a saúde e o sexo, a idade e a escolaridade;
- Identificar a associação entre os níveis de LS e a utilização de *apps* para promover a saúde.

De modo geral, pretende-se contribuir para o êxito do projeto Jovem Móvel que pressupõe o uso de *apps*, com o objetivo de promover uma vida ativa, prevenindo situações de dependência na população jovem, por exemplo. Com este trabalho pretendemos ampliar o conhecimento existente nesta área específica, nomeadamente na relação entre LS e TIC.

O trabalho está organizado com a seguinte estrutura: o estado de arte, metodologia, tratamento de dados, discussão, conclusão, recomendações e limitações, bibliografia e anexos.

No estado de arte recorre-se à pesquisa bibliográfica em base de dados científicas nomeadamente a Ebscohost, B-on, Web of Science, Repositório da Universidade Nova e Google Académico. Aqui, abordaremos as temáticas da adolescência, estilos de vida e comportamentos saudáveis, a promoção da saúde, a salutogénese e o sentido de coerência. A relação entre LS e a adolescência também será abordada, assim como o modelo conceptual integrado de LS. Abordaremos a LS e as TIC, direcionadas às *apps* para promover a saúde.

No capítulo seguinte, na metodologia, apresentamos a estratégia metodológica utilizada.

Segue-se o capítulo onde se apresenta o tratamento de dados, os resultados e os testes estatísticos utilizados. De seguida discutimos os resultados que obtivemos à luz do estado de arte. Segue-se um outro capítulo no qual apresentamos a conclusão do estudo, as recomendações face ao estado de arte, assim como as limitações que encontrámos. As referências bibliográficas e os anexos serão apresentados em capítulos separados.

2. ESTADO DA ARTE

2.1. A Adolescência

A palavra Adolescência provém do latim, *Adolescere*, que significa crescer. Segundo a WHO (2002) a adolescência é o período da vida que ocorre entre os dez e os dezanove anos de idade, sendo muitas vezes confundida com a juventude, que se situa entre os quinze e os vinte e quatro anos. É uma etapa difícil de definir ainda que se reconheça a sua universalidade. Pode considerar-se como um período da vida no qual acontecem várias mudanças biofisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais que colocam o individuo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e a tudo o que rodeia (Lopez e Fuertes, 1999).

Daniel Sampaio (2006) define a adolescência como uma etapa de desenvolvimento e de maturação entre a infância e a idade adulta, caracterizada por importantes mudanças, fortemente influenciadas pela interação do adolescente com os seus contextos. É uma fase em que se reforça a singularidade de cada adolescente e, conseqüentemente, a heterogeneidade desta etapa do ciclo de vida que impossibilita o estabelecimento de um padrão comum e universal a todos, bem como a eliminação rígida de um início e um fim da adolescência.

O aumento pulsional, as modificações corporais, o descomprometer da infância, as reorganizações defensivas, os sistemas de idealização, a procura de identificação, o desenvolver das suas identidades pessoais, em parte através da exploração e experiência de novos papéis, contextos e eventos, e as novas formas de adesão ao grupo, são características desta fase, assim como a procura de autonomia, independência e a sua capacidade e liberdade de decidir perante o outro (Braconnier e Marcelli, 2000).

A adolescência é o período em que se enfrentam as tarefas de estabelecer uma autoidentidade satisfatória, vínculos interpessoais além da família, aprender a lidar com a crescente maturidade sexual de forma responsável, desenvolver a capacidade de viabilidade económica, incluindo educação, competências, atitudes e comportamentos. A família, os amigos, a comunidade, a escola e outras associações podem ajudar a completar essas tarefas ou podem representar barreiras significativas que muitos jovens não poderão superar por conta própria (Burt, 2002).

Em suma, a adolescência é uma fase da vida caracterizada por transformações profundas, em que além da biológica, também se verificam mudanças na imagem de si

próprio, nas emoções, nas relações com a família e amigos, nos projetos de vida e nos valores pessoais e sociais, na procura da sua identidade e na descoberta da sua sexualidade. Neste processo de transição entre a infância e a vida adulta, a constante procura pelo seu “eu” conduz à construção das suas próprias ideologias e valores. Da estruturação de conceitos, de uma própria hierarquia de valores, de princípios, de hábitos, de motivações, da visão e projeção do futuro, ou seja, da estruturação da sua personalidade (Sampaio, 2006).

2.2. Estilos de Vida e adolescência

O estilo de vida é caracterizado por um conjunto de comportamentos adotados no dia-a-dia, representando um dos principais moduladores dos níveis de saúde e qualidade de vida das pessoas. É prioritária a aposta em estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis ou estratégias que visem a mudança de comportamentos. A adolescência representa um dos períodos críticos nos quais hábitos e comportamentos são estabelecidos e interiorizados, tornando-se mais difíceis de serem alterados (Sampaio, 2006).

Sem a esperança de alcançar um bem-estar economicamente significativo, o adolescente pode ser conduzido a não investir na sua educação. Igualmente esta situação pode implicar em atitudes de menor proteção relativamente a hábitos menos saudáveis. Quando as sociedades enfrentam situações críticas, compromete-se a tomada de decisões relativamente ao investimento em recursos para melhoria do estado de saúde das populações. Nestas ocasiões, é frequentemente manifestada pouca sensibilidade para considerar os adolescentes como merecedores desse investimento prioritário. Sabe-se hoje, que após o início da infância, a adolescência é o período de maior vulnerabilidade até à velhice de um ser humano, constituindo-se assim numa fase crucial do desenvolvimento humano mas também frequentemente negligenciada (Burt, 2002).

Alsubaie (2014) refere que de acordo com o estudo de Currie *et al.* (1998) se reconhece que o estado de saúde e os comportamentos dos cidadãos estão intrinsecamente ligados. O conhecimento, as crenças e as atitudes podem ter uma influência significativa no estado da saúde física e psicológica e no bem-estar. De fato, o comportamento e o estilo de vida são determinantes cruciais da saúde, doença, incapacidade e mortalidade prematura. A adolescência é, então, um momento importante para estabelecer escolhas saudáveis e intervenções eficazes para aumentar o potencial de um comportamento que ao longo da vida contribua para a saúde.

Comportamento saudável é um conceito geral que descreve as ações adotados pelos cidadãos e que têm uma influência positiva sobre a saúde (Alsubaie, 2014). Numa perspectiva contrária, os comportamentos de risco (CR) são todos os comportamentos que têm uma influência negativa na saúde (física ou mental), no percurso escolar, na vida familiar e na vida social. Mas também aqueles que podem atentar contra a sua dignidade e a compreensão do valor que tem como pessoa ou do valor que lhe é atribuído pelos outros (Ribeiro, 2013).

Os CR na adolescência têm sido associados às principais causas de morte. A taxa elevada de adolescentes expostos a CR, afeta cada vez mais um número expressivo de adolescentes em diferentes países. Logo, é fundamental a implementação de programas de PS tanto em âmbito escolar, assim como ao nível da população em geral (Farias e Lopes, 2004).

Os Indicadores de CR incluem taxas e tendências auto-relatadas, quanto ao consumo de álcool ou fumo de tabaco (OECD, 2009). Segundo Barr *et al.* (2014), o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) encontrou uma associação entre comportamentos saudáveis e sucesso académico, não provando a causalidade, demonstram no entanto uma relação entre o sucesso académico e os resultados de saúde dos jovens.

Embora vários domínios de risco e fatores de proteção exerçam uma influência nos CR e nos comportamentos saudáveis na adolescência, os estudos mostram que a dinâmica familiar tem uma forte influência sobre os mesmos, ao longo da infância e adolescência. A supervisão insuficiente por parte dos pais resulta numa autonomia prematura, o que estabelece limites insuficientes ao comportamento e facilita uma maior influência pelos pares desviantes. Assim, as famílias necessitam de uma atenção especial em intervenções de PS uma vez que estas são fundamentais para reduzir o risco e aumentar a resiliência dos adolescentes. Intervenções baseadas na família são as que trazem maior sucesso para promover estilos de vida saudáveis nos adolescentes, mesmo junto daqueles que vivem em ambientes desfavoráveis (Maguire, 2013).

2.3. Promoção da Saúde e Educação para a Saúde

A declaração de Alma-Ata em 1977, foi um marco para o movimento da saúde para todos, passando a saúde a ser entendida com um sentido positivo e um recurso de primordial importância para o desenvolvimento social. Com essa perspectiva a saúde deve integrar um direito Humano fundamental (Loureiro e Miranda, 2010).

Em 1986 na Carta de *Ottawa*, define a PS como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem e protegerem. Para isso, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas pretensões, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A saúde apresenta-se como um conceito positivo e dessa perspetiva deve ser entendida como um recurso para a vida (Loureiro e Miranda, 2010).

A partir desse momento a PS começa a ser debatida, equacionada e valorizada. Nesse sentido, formularam-se estratégias considerando três elementos chave da PS: os estilos de vida, o ambiente e a participação ao nível político e profissional. A PS abrange cinco áreas, nomeadamente, as políticas públicas de saúde, o ambiente sustentável, a reorganização dos serviços de saúde, as competências pessoais e sociais e a participação comunitária (Loureiro e Miranda, 2010).

Desta forma, a PS não pode ser entendida como uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pelo contrário, necessita de uma partilha de responsabilidade entre todos os setores (desde as finanças, à economia, à educação, entre outros). É um movimento que defende uma ação salutogénica envolvendo todos os setores da sociedade.

Em Nairobi, no ano de 2009, decorreu a 7ª Conferência Mundial Global da PS debatendo-se a capacitação do cidadão e da comunidade, permitindo o controlo sobre fatores e decisões que influenciam a sua vida. Consideram-se como aspetos facilitadores deste processo, a capacitação da comunidade tendo em conta a Literacia para a Saúde (LS), o reforço dos sistemas de saúde promotores de saúde, as parcerias, a ação intersectorial e a capacitação para a PS (Loureiro e Miranda, 2010). A importância no investimento no desenvolvimento da LS do cidadão e da comunidade sai reforçada desta conferência.

Para promover a saúde é essencial educar. Daí a existência do Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES) que em Portugal tenta materializar este binómio. De acordo com o mesmo programa, a WHO define Educação para a Saúde (ES) como qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os cidadãos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos, desenvolvendo as suas competências ou influenciando as suas atitudes.

A ES, de acordo com a Carta de Otawa, engloba um entendimento mais abrangente, tendo como objetivo influenciar não apenas as decisões individuais de estilo de vida,

mas também aumentar a consciência sobre os determinantes de saúde e estimular ações individuais e coletivas que possam levar à modificação dos mesmos.

Além da difusão da informação, ES é conseguida também através de métodos que envolvem a interação, a participação e análise crítica por parte dos cidadãos e comunidades (WHO, 2017). Assim, a ES assume como função o desenvolvimento de capacidades e de competências que permitam enfrentar a vida e os seus desafios, incentivando a luta pelo próprio projeto de vida, interpretado sob uma perspectiva de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

2.4. Salutogénese e o sentido de coerência

O conceito salutogénese provém do latim *salus* que significa saúde e do grego *genesis* que significa origem e é utilizado para designar a busca das razões que levam alguém a estar saudável. Este conceito representou um marco na mudança do paradigma, uma vez que anteriormente se focava na patogénese procurando as respostas para as razões que levavam as pessoas a ficar doentes.

Assim, surge a necessidade de resgatar as origens da saúde, para que cada cidadã/o oriente a sua vida na concretização do bem-estar e da autorrealização (Saboga-Nunes *et al.*, 2016), entendendo-se assim, a saúde, como uma reserva para a vida.

O modelo salutogénico, que teve como seu impulsionador Antonovsky, concentra a sua atenção nos recursos pessoais protetores resumidos na teoria do sentido de coerência (SCO), ou seja, nos elementos internos que auxiliam a pessoa na superação das dificuldades que surgem na sua vida.

O SCO constitui-se de três forças determinantes, nomeadamente a capacidade de compreensão, gestão e investimento. O SCO por sua vez, estabelece uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara como estruturados, preditivos, e explicáveis os estímulos recebidos do meio interno e/ou externo da sua existência (Saboga-Nunes, 2014) (Saboga-Nunes *et al.*, 2016).

Paulo Freire admite a capacidade de transferir para mundo real aquilo que é forma de pensamento, de ideologia ou convicção. Implica uma harmonia entre atos, formando um todo lógico, em que prevaleçam a sensatez, organização e estabilidade humana (Freire, 1979).

Isto conduz ao empoderamento do cidadão no processo de PS e na prevenção de doença. O reforço desta capacidade leva as pessoas a reconhecerem e compreenderem a importância de investirem em si, potenciando a máxima funcionalidade e contribuindo para reforçar a adoção de estilos de vidas saudáveis (Saboga-Nunes *et al.*, 2016).

A segunda linha de força do SCO, caracteriza-se pela capacidade de gestão que exprime o sentimento que o indivíduo manifesta de que tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas pelos estímulos. É fundamental ajudar o indivíduo a entender que tem ao seu alcance recursos para fazer face a esse estímulo, com uma autoestima construída no seu valor intrínseco e não no anseio da aceitação do grupo de pressão que lhe força o caminho (Saboga-Nunes *et al.*, 2016).

A terceira linha de força do SCO, assenta na capacidade de investimento refletido como o âmago do compromisso de qualquer indivíduo em considerar as exigências dos estímulos da vida como desafios que merecem o seu empenho e força positiva para a mudança (Saboga-Nunes *et al.*, 2016).

Resumindo, com a capacidade de investimento há o empenho em escolher o que contribuirá para a sua saúde, com a capacidade de gestão dinamizam-se no indivíduo recursos para continuar na sua procura pela saúde, contudo para que as decisões, atitudes e comportamentos assentem na procura de saúde é imprescindível reforçar a capacidade de compreensão.

A LS e os desafios tecnológicos numa perspetiva de PS remetem-nos para a necessidade de orientação através de um modelo teórico (o SCO) que procure e permita operacionalizar a possibilidade de cada cidadã/o orientar a sua vida na concretização do seu bem-estar e da sua autorrealização, como anteriormente foi referido. Assim, parece-nos que o modelo salutogénico e a sua operacionalização através do SCO são os apropriados pois a LS (que pode ser mediada pelo uso dos recursos tecnológicos numa perspetiva de PS) assentam em processos de compreensão, gestão e investimento.

2.5. Literacia para a Saúde

A palavra literacia provém do inglês *literacy*, é um substantivo feminino, que significa a capacidade de ler e escrever e a capacidade para perceber e interpretar o que é lido, segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. É consensual que na vida diária precisamos de saber ler e escrever para realizar as tarefas mais básicas de forma autónoma, como por exemplo, ir ao supermercado e saber o preço de um qualquer

artigo que se pretenda comprar ou seguir orientações na rua. O conceito de literacia é também utilizado como competência específica numa determinada área de conhecimento, como por exemplo, literacia digital, literacia matemática ou literacia tecnológica.

O conceito de LS surge nos anos 70 num artigo de Simonds em 1974 referido por Sørensen *et al.* (2012), sobre ES como política social e profundamente relacionado com a PS, nomeadamente no contexto de ES em meio escolar. O conceito de LS evolui no sentido da capacidade individual de cada cidadão responder às crescentes exigências da saúde, na sociedade moderna (Sørensen *et al.*, 2012).

A WHO em 1998 definiu a LS como as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para ter acesso, compreenderem e utilizarem a informação disponibilizada de forma a promover e manter uma boa saúde. O mundo evolui, a sociedade também evolui e foram surgindo outras definições. Também a ciência se interessou pelo tema, tendo o próprio conceito acompanhado essa evolução.

Nutbeam (2006) considera que a literacia é vista em dois elementos essenciais, nomeadamente, as tarefas referindo-se à capacidade do indivíduo conseguir ler um texto básico ou escrever frases simples, e, as competências que se centram no nível de conhecimento bem como as competências para realizar essas mesmas tarefas.

O mesmo autor considera a existência de 3 tipos/níveis de literacia, a funcional, a interativa e a crítica:

- Literacia funcional/básica: verifica-se quando um indivíduo possui competências suficientes para ler e escrever, permitindo um funcionamento efetivo nas atividades diárias;
- Literacia interativa/comunicativa: em que se prevê competências cognitivas e de literacia mais avançadas que juntamente com as capacidades sociais, podem ser usadas para participar em atividades diárias, para obter informações a partir de diferentes formas de comunicação, aplicar novas informações e alterar circunstâncias;
- Literacia crítica: prevê a existência de competências cognitivas mais avançadas, que podem ser utilizadas para analisar criticamente a informação e utilizá-la para exercer maior controlo sobre as situações da vida.

Kickbusch *et al.* (2006) 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. A LS surge como uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre

a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades. Ou seja, posteriormente foi acrescentado à definição de LS da WHO a componente social e de vida em sociedade.

Sørensen *et al.* (2012) produzem, num artigo de revisão sistemática onde reuniram 17 definições de LS, uma nova definição abrangente que alcançasse a essência das definições existentes. Estes autores concluem que a LS implica competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações para tomar decisões relacionadas com a saúde no dia-a-dia, tendo em conta os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde, de forma a manter ou melhorar a sua saúde ao longo da vida.

Também em Portugal, Saboga-Nunes (2014) apresenta o conceito de LS como a conscientização da pessoa que aprende e atua no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à PS. Esta definição surge da complementaridade entre a definição de “literacia da saúde”, como uma componente intrínseca ao indivíduo, e a definição de “literacia em saúde” que remete para uma externalidade ao sujeito da saúde. Esta definição remete para o foco em recursos intrínsecos e/ou extrínsecos da pessoa, tendo por base o paradigma salutogénico de Antonovsky e a abordagem da Pedagogia Crítica de Paulo Freire.

2.6. Literacia para a Saúde e a Adolescência

Crianças e jovens constituem um grupo-alvo para a pesquisa e a prática de LS, uma vez que, nestas fases ocorrem mudanças rápidas a vários níveis, como anteriormente foi abordado. No entanto, existe um conhecimento e consenso académico limitado quanto às capacidades e conhecimentos que os cidadãos devem possuir nestas fases da sua vida para tomarem decisões saudáveis (promotoras de saúde) mais tarde como cidadãos responsáveis e autónomos.

Embora se reconheça o recente aumento das publicações centradas na saúde das crianças e jovens, o contributo das mesmas no tema da LS ainda é reduzido em relação à sua relevância na sua aplicação e na elaboração de políticas promotoras de PS.

De moda colmatar essa falha, foi realizada uma revisão sistemática de literatura de conteúdo indutivo de definições e modelos de LS para pessoas com 18 ou menos anos. Sendo este estudo aparentemente o primeiro trabalho do género, ele teve como objetivo dar o primeiro passo para futuras intervenções efetivas de LS para promover a saúde de crianças e jovens (Bröder *et al.*, 2017).

A LS em crianças e jovens é descrita como sendo composta por capacidades, competências, compromissos e conhecimentos, que relacionados, permitem ao cidadão lidar com informações sobre saúde com competência e eficácia que se irão refletir nas decisões de PS, assim como nas suas ações (Bröder *et al.*, 2017).

De acordo com Sørensen *et al.* (2012), as dimensões da LS para crianças e jovens, são:

- Aceder (capacidade de procurar, encontrar e obter informações sobre saúde);
- Compreender (capacidade de compreender a informação sobre saúde a que teve acesso);
- Avaliar (capacidade de interpretar, filtrar a informação sobre saúde);
- Aplicar (capacidade de comunicar e usar a informação para tomar uma decisão para manter e melhorar a saúde depois de a avaliar).

Estas quatro competências abrangem os três domínios da saúde: cuidados de saúde, prevenção de doença, PS - sendo transversal o conhecimento, a competência e a motivação (Bröder *et al.*, 2017).

De acordo com as várias definições e os vários modelos estudados, existe uma comunhão forte entre si, embora estes sejam complexos e heterogêneos, a LS é descrita como uma construção multidimensional e complexa (Bröder *et al.*, 2017).

2.7. Modelo Conceptual Integrado de LS

O exercício da LS só é possível, se as oportunidades para participar nas ações e a tomada de decisão diária acontecerem. Bröder *et al.* (2017) referem que Saboga-Nunes *et al.* (2016) enfatizam a associação entre a LS e a salutogénese, argumentando que a infância e a juventude poderiam ser consideradas fases de vida mais permeáveis, onde os recursos salutogénicos são construídos transformando a informação de saúde em ação e vice-versa.

O modelo conceptual de LS adotado baseia-se no modelo apresentado por Sørensen *et al.* (2012), que surgiu no contexto da investigação HLS-EU, em que o objetivo principal do estudo foi concetualizar, explorar e medir os níveis de LS. O alvo do estudo foi a população ao longo ciclo da vida, sendo este desenvolvido/testado nos domínios dos cuidados de saúde, prevenção da doença e PS (Bröder *et al.*, 2017).

Baseado em Sørensen *et al.* (2012) foram descritos os antecedentes e consequências da LS em crianças e jovens. Assim, os fatores que influenciam o desenvolvimento e manutenção de LS são: os determinantes sociais e ambientais

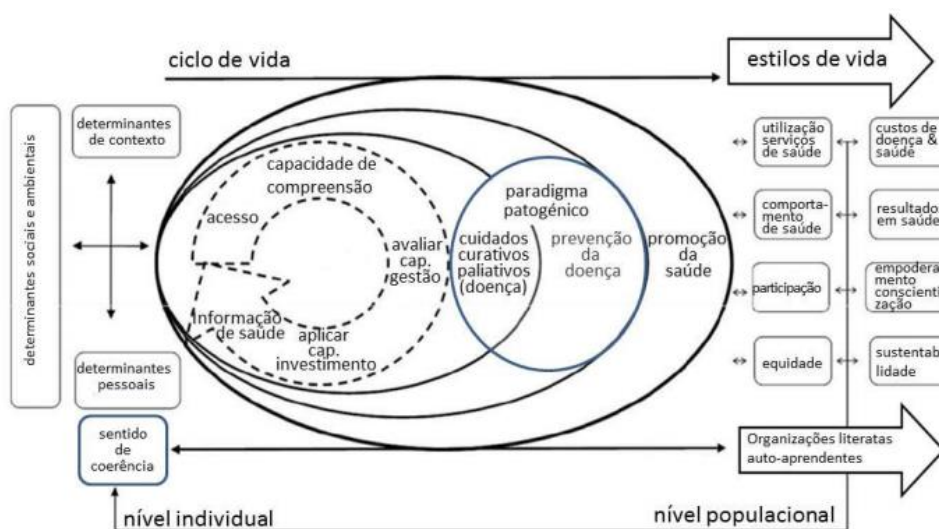
(situação demográfica, cultura, linguagem, forças políticas, sistema social, entre outros), os determinantes pessoais (idade, género, etnia, *status* socioeconómico, educação, profissão, emprego, salário, literacia) e os determinantes situacionais (apoio social, família, influência dos pares, uso dos media, ambiente físico, entre outros).

Assim, o maior desafio para a concetualização da LS é poder assegurar a sua generalização e validade em todos os contextos, ao mesmo tempo em que reconhece um determinado contexto e a sua influência (Bröder *et al.*, 2017).

Na adaptação de Saboga-Nunes (2014) do modelo concetual de Sørensen (2012), tal como está apresentado na figura 1, entende-se que a LS está estruturada a partir dos determinantes sociais e ambientais, que podem ser caracterizados em determinantes de contexto e pessoais. Dentro dos determinantes pessoais, considera-se na operacionalização da LS, o SCO dado o seu impacto significativo na saúde dos indivíduos (Saboga-Nunes, 2000). Deste modo, contribui para a definição do conceito de LS a caracterização das capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento que são elementos fundamentais que acompanham o cidadão ao longo do ciclo de vida na adoção de estilos de vida promotores de saúde.

Assim de acordo com a figura 1, a LS acontece quer ao nível dos cuidados curativos, paliativos e da prevenção da doença, quer ainda ao nível da promoção da saúde. Aqui, pode ser feita a leitura dos indicadores que referem a utilização dos serviços de saúde (custos da doença e saúde), comportamentos em saúde (resultados em saúde), participação (empoderamento/conscientização) e equidade (sustentabilidade). Ao nível populacional, integra-se o desenvolvimento de organizações literatas para a saúde como auto aprendentes, que viabilizam o nível individual de ação da LS, no campo da saúde.

Figura 1: Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da LS.
Fonte Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a Saúde e a conscientização da cidadania positiva. Revista Referência, III Série – Suplemento, 95-99



2.8. A Literacia para a Saúde em Portugal e na Europa

A dificuldade em quantificar a prevalência de LS, segundo *Institute of Medicine*, revela-se ainda mais complexa na medida em que diferem muito entre si as suas definições e metodologias (Kickbusch *et al.*, 2006).

Assim para colmatar esta falha, na Europa, a avaliação e comparação do nível de LS foi veiculada no âmbito do *European Health Literacy Project 2009-2012* (HLS-EU) desenvolvido pelo *European Health Literacy Survey Consortium* e aplicado a maiores de 15 anos em 8 países europeus.

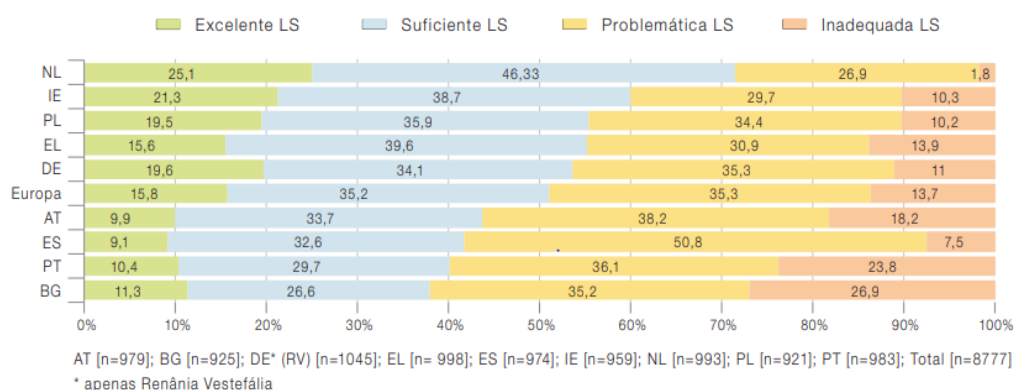
Foi desenvolvido um questionário caracterizado pela sigla HLS-EU (*European Health Literacy questionnaire*). Este instrumento foi traduzido e aplicado em 8 diferentes países da União Europeia (UE), visando permitir o conhecimento, a realização do diagnóstico e comparação entre populações, do nível de LS (da LS em cuidados de saúde, da LS na prevenção da doença e da LS em promoção da saúde). Deste modo poderiam ser planeadas iniciativas de promoção de LS, dirigindo-as e adequando-as às necessidades reais das populações (Sørensen *et al.*, 2012) (Saboga-Nunes; Sørensen; Pelikan, 2014b).

Em Portugal o instrumento foi designado pela sigla HLS-EU-PT®, depois de adaptado e validado em 2013, no contexto da Rede Lusófona para a Promoção da LS (www.literacia-saude.info) (Saboga-Nunes; Sørensen; Pelikan, 2014b). Foram ainda realizados estudos adicionais com vista à aferição da LS nacional a partir da aplicação de outras utilizações do mesmo instrumento, ainda que com algumas alterações e em diferentes amostras (Costa; Saboga-Nunes; Costa, 2016).

Dos resultados obtidos com a amostra portuguesa, 59,9% dos inquiridos tem um nível de LS limitada, que corresponde à soma dos níveis problemática e inadequada de LS. Assim, comparativamente aos resultados ao nível europeu, só a Bulgária apresenta pior cenário de LS limitada. A integração dos dados portugueses gerou um ligeiro aumento do nível médio europeu de LS inadequada que passou de 12,4% para 13,7%, assim como, da LS problemática que passou de 35,2% para 35,3% (Costa; Saboga-Nunes; Costa, 2016) (Gráfico1).

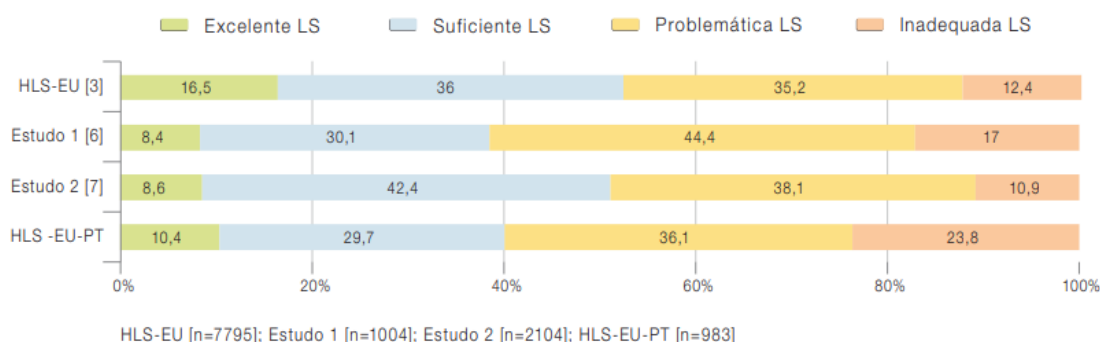
Por sua vez, houve uma ligeira diminuição da média europeia relativamente aos níveis de LS suficiente que passou de 36,0% para 35,2% e de excelente de 16,5% para 15,8% (Costa; Saboga-Nunes; Costa, 2016) (Gráfico1). Os dados HLS-EU-PT revelam que o nível de LS para a população em geral se encontra abaixo da média da UE (Saboga-Nunes; Sørensen; Pelikan, 2014b) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Nível de LS, por Estado-Membro e Total (incluindo a amostra portuguesa), Fonte: Costa, A., Saboga-Nunes, L., Costa, L.- Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. Boletim Epidemiológico. 17 (2016) 38-40.



Em Portugal o HLS-EU foi primeiramente aplicado à população portuguesa por Saboga-Nunes (Saboga-Nunes; Sørensen; Pelikan, 2014b) e mais tarde, surge uma outra aplicação por Pedro, Amaral, Escoval (2016) e outra realizada por Espanha, Ávila, Mendes (2016). Os resultados demonstraram que na melhor das hipóteses teremos 49% (Espanha; Ávila; Mendes, 2016) da população com um nível de LS problemático ou inadequado, e na pior das hipóteses teremos entre 60% (Saboga-Nunes; Sørensen; Pelikan, 2014b) e 61,4% (Pedro; Amaral; Escoval, 2016) da população com o mesmo nível de LS problemático ou inadequado (Gráfico 2).

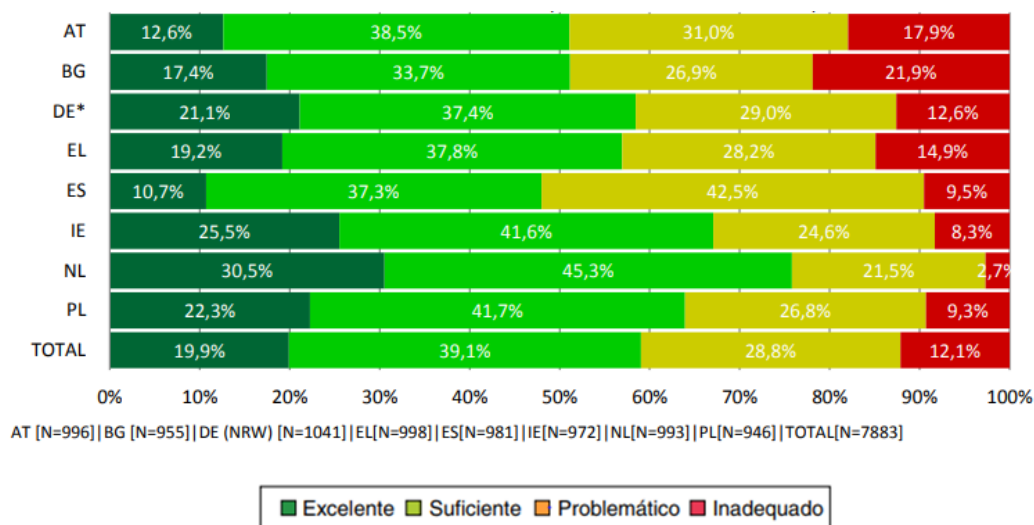
Gráfico 2: Nível de LS (%), em três estudos portugueses e HLS-EU (Total 8 Estados-Membros). Fonte: Costa, A., Saboga-Nunes, L., Costa, L.- Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. Boletim Epidemiológico. 17 (2016) 38-40.



A LS reúne 3 domínios nomeadamente LS em Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. O HLS-EU validado para 8 países apresenta diferentes resultados, tal como estão representados nos gráficos 3, 4 e 5.

Verificamos, analisando o gráfico 3, que quanto ao domínio dos Cuidados de Saúde a Holanda (NL) apresenta os melhores valores de LS, em que o somatório dos níveis de LS excelente com LS suficiente se situa na ordem dos 75,8%. No entanto, a Espanha (ES) apresenta valores menos favoráveis uma vez que o somatório destes níveis (excelente e suficiente) se fica pelos 48%.

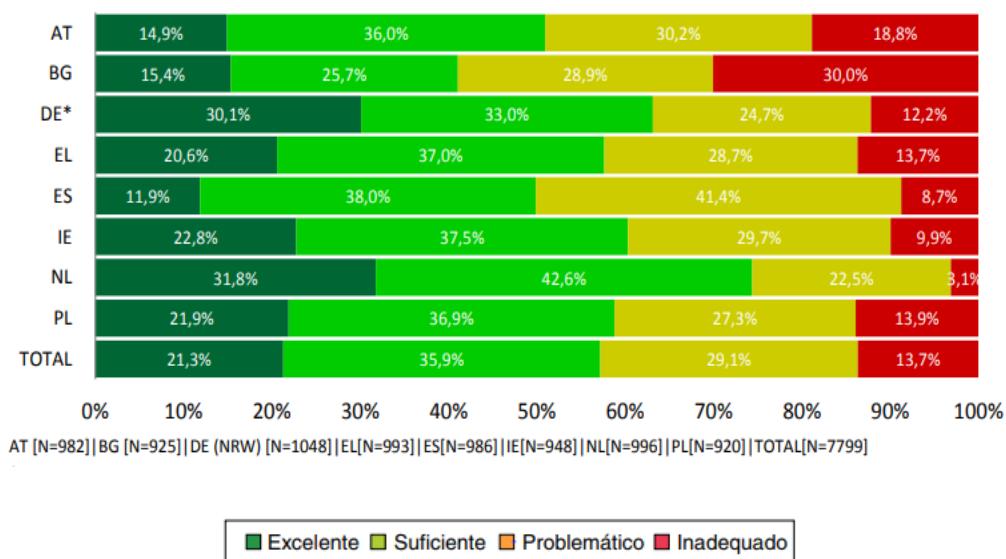
Gráfico 3: Nível de LS em Cuidados de Saúde %. Fonte: HLS-EU CONSORTIUM - Comparative report of health literacy in eight EU member states the European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version), 2014.



Os níveis de LS em Cuidados de Saúde em Portugal situam-se no nível excelente 11,3%, no suficiente 43,3%, no problemático 35,3% e 10,1% no inadequado (Espanha; Ávila; Mendes, 2016).

Relativamente ao domínio da Prevenção da Doença, analisando gráfico 4, verificamos que a Bélgica (BG) é o país que apresenta valores de LS excelente e suficiente mais baixo 41,1% e a Holanda (NL) continua a apresentar os melhores resultados de LS excelente e suficiente, na ordem dos 74,4%.

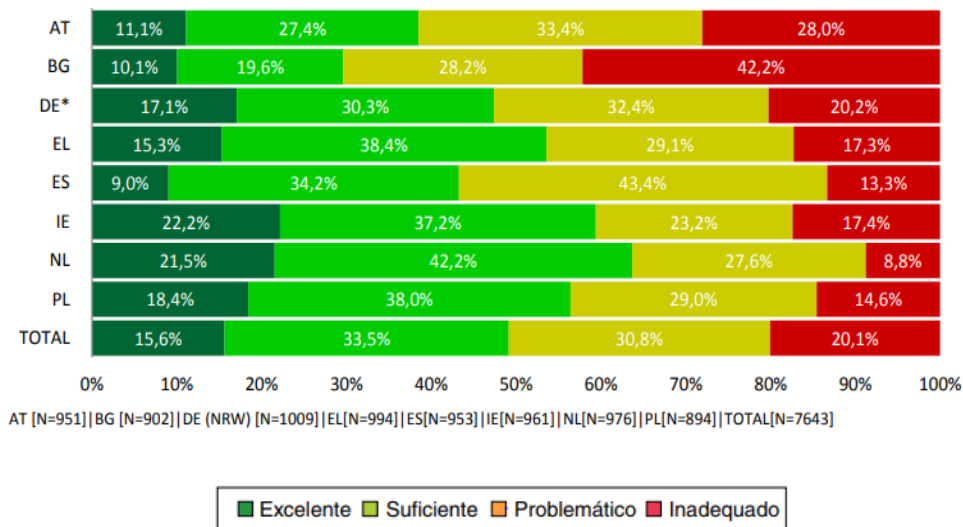
Gráfico 4: Nível de LS em Prevenção da Doença %. Fonte: HLS-EU CONSORTIUM - Comparative report of health literacy in eight EU member states the European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version), 2014.



O nível de LS em Prevenção da Doença é em Portugal de 12,5% no nível excelente, no suficiente de 42,0%, no problemático de 34,2% e 11,3% inadequado (Espanha; Ávila; Mendes, 2016).

Quanto ao domínio da Promoção da Saúde, os resultados mais favoráveis dos níveis de LS continua na Holanda (NL) em que o somatório de LS excelente e suficiente é de 63,7% e os resultados menos favoráveis verificam-se na Bélgica (BG) com 29,7% para os mesmos níveis (gráfico 5).

Gráfico 5: Nível de LS em Promoção da Saúde %. Fonte: HLS-EU CONSORTIUM - Comparative report of health literacy in eight EU member states the European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version), 2014.



Em Portugal, os níveis de LS em Promoção da Saúde são de 9,8% no nível excelente, 39,1% no suficiente, 34,5% no problemático e 16,5% no nível inadequado (Espanha; Ávila; Mendes, 2016)

Avaliação da LS em Crianças e Adolescentes

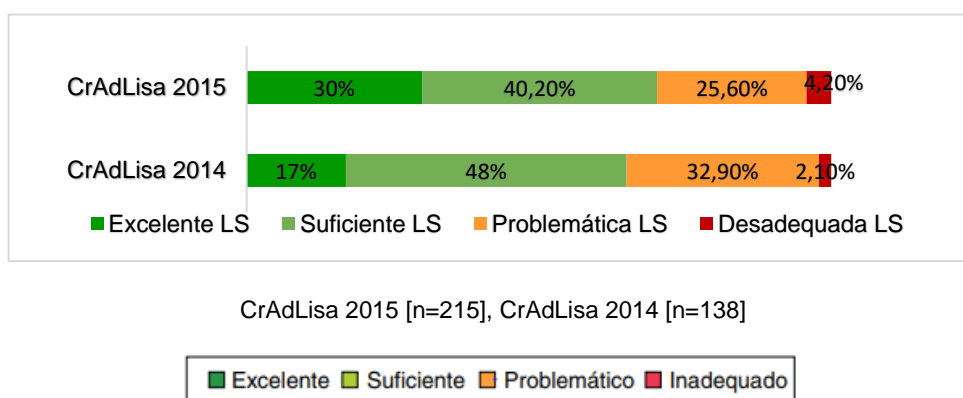
Okan *et al.* (2018) realizaram uma revisão sistemática de literatura sobre instrumentos de avaliação da LS em crianças e adolescentes, em que o principal objetivo foi identificar, recuperar, analisar e avaliar sistematicamente os instrumentos específicos para avaliação de LS disponíveis para menores de 18 anos.

Apesar da escassez relatada de pesquisas sobre LS envolvendo crianças e adolescentes, foi encontrado um número significativo de instrumentos de avaliação de LS nessa população. Na maioria dos instrumentos há uma tendência em medir o seu próprio entendimento de LS e nem todos fornecem suficientes informações sobre a sua conceitualização. Para desenvolver instrumentos de LS para menores de 18 anos, é necessária uma abordagem uniformizada, incluindo relatórios detalhados sobre os processos de desenvolvimento e validação (Okan *et al.*, 2018).

Relativamente a dados sobre HLS-EU sobre adolescentes temos pouca informação. No entanto, o HLS-EU-PT foi aplicado também a adolescentes, através do questionário intitulado - Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?, um projeto envolvendo várias instituições como, a Escola Nacional de Saúde Pública, a Direção Geral de Saúde (DGS) (no âmbito do programa nacional de saúde escolar), entre outras. De

acordo com a www.literacia-saude.info, foram apresentados resultados do estudo HLS-EU-PT aplicado a adolescentes no âmbito do projeto Incrementando nas Crianças e Adolescentes a LS (CrAdLisa) em 2014 verificou-se que 2,1% dos adolescentes apresentavam LS desadequada, 32,9% LS problemática, 48% LS suficiente e 17% LS excelente; e no de 2015 verificou-se que, 4,2% dos adolescentes apresentavam LS desadequada, 26,6% LS problemática, 40,2% LS suficiente e 30% LS excelente (Gráfico 6).

Gráfico 6: Nível de LS de adolescentes portugueses, CrAdLisa. Fonte: www.literacia-saude.info



A existência de uma fração considerável da população com níveis de LS inadequada e problemática implica que o défice ao nível da LS seja considerado como um desafio para a saúde pública não só ao nível europeu (HLS-EU, 2012) mas também em Portugal.

2.8.1. Literacia para a Saúde e o Sexo

O sexo é um dos indicadores que segundo os autores do estudo HLS-EU (2012) apresenta uma relação com a LS. Os homens tendem a ter um nível de LS ligeiramente mais baixo do que as mulheres (HLS-EU Consortium, 2014) (Sørensen *et al.*, 2015).

Em Portugal, num estudo realizado em adolescentes, os valores mais elevados de LS encontram-se em adolescentes do sexo feminino (Tomás; Queirós; Rodrigues, 2015).

2.8.2. Literacia para a Saúde e a Idade

A idade é um indicador que apresenta uma correlação com a LS, segundo o estudo europeu HLS-EU (2012). No entanto, a relação é inversa, ou seja, ao aumento dos

níveis de LS está associado um decréscimo da idade. Os mais novos apresentam níveis de LS mais elevados do que os mais velhos. (HLS-EU-Consortium, 2014) (Sørensen *et al.*, 2015).

Os valores corroboram os resultados encontrados em Portugal, nos quais níveis mais elevados de LS encontram-se em adolescentes, diminuindo estes com a idade, indicando que os valores mais baixos de LS são encontrados nos adolescentes a frequentar o ensino secundário e com mais de 18 anos (Tomás; Queirós; Rodrigues, 2015).

2.8.3. Literacia para a Saúde e a Escolaridade

Segundo o relatório “A Dimensão Económica da Literacia em Portugal: Uma Análise” da Alliance for Excellent Education (2006) (DataAngel Policy Research Incorporated, 2009), revela que a literacia tem impacto nos rendimentos, no emprego, na segregação profissional e na saúde. O impacto económico agregado aos problemas de saúde nos Estados Unidos da América (EUA) reflete que os trabalhadores com baixos rendimentos, baixos níveis de educação e profissões de baixo estatuto, têm uma saúde mais débil em comparação com outros trabalhadores. Assim, a não conclusão do ensino secundário está associada a custos de saúde mais elevados, na ordem dos 17 mil milhões de euros (DataAngel Policy Research Incorporated, 2009).

Portugal ao longo dos anos tem tomado medidas relativamente ao abandono escolar, criando estratégias que diminuam essa taxa, assim como, o investimento em estratégias de combate ao insucesso escolar. Dados da PORDATA revelam que em Portugal em 1992, 50% de homens ou mulheres, entre os 18 e os 24 anos, deixaram de estudar sem completar o secundário, no entanto, ao longo dos anos esse valor tem vindo a diminuir, apesar de algumas oscilações: a partir de 2004 a taxa tem um contínuo decréscimo até 2016, em que o valor foi de 14%, aproximando-se, assim, Portugal da média europeia que se situa nos 10,7%. Ou seja, o combate ao insucesso e abandono escolar, contribuirá certamente para melhorar os níveis de LS.

A escolaridade surge também como indicador, demonstrando uma correlação, apesar de baixa, com a LS (HLS, 2012). Ou seja, os indicadores da LS transmitem que a média do nível de LS é maior para cidadãos com um nível de educação mais elevado (HLS-EU Consortium, 2014) (Sørensen *et al.*, 2015).

Em Portugal, os adolescentes que se encontram a frequentar o 12º ano de escolaridade apresentam níveis mais elevados de LS (Tomás; Queirós; Rodrigues, 2015).

2.8.4. Literacia para a Saúde e o *Status* Social

O *status* social é um conceito sociológico que procura posicionar na estrutura social de uma determinada sociedade um indivíduo ou uma família. Estando relacionado com o poder, prestígio e pertença social, para ser avaliado tem-se em conta, por exemplo, o poder de compra, os objetos consumidos ou o prestígio na comunidade/sociedade (Weber, 1982).

O *status* social é um dos indicadores com maior impacto nos níveis de LS, ou seja: o nível de LS é maior para cidadãos, com melhores capacidades financeiras ou melhores rendimentos e com maior *status* social (HLS-EU Consortium, 2014) (Sørensen *et al.*, 2015).

Foi assim verificada uma correlação forte entre LS e o gradiente social, destacando a carência financeira como um aspeto relevante, uma vez que esta traduz uma baixa LS quando este tipo de carência aumenta (HLS-EU, 2012). Assim, o *status* social é outro indicador à semelhança da carência financeira com uma forte correlação com a baixa LS.

2.9. O interesse nacional na melhoria dos níveis da LS

Os custos em saúde devido à baixa LS são elevados. Saboga-Nunes (2014) refere que o estudo de Spychers (2006) revela que a baixa LS custou ao sistema de saúde suíço 1,5 biliões de francos suíços/ano. Estima-se ainda, que a baixa LS, tenha um custo nacional, nos EUA, entre os 100-200 mil milhões de dólares anuais (Howard *et al.*, 2005). Assim a implementação de estratégias eficazes de PS (como promover a LS) a nível Europeu salvaria milhares de vidas e custos consideráveis em cuidados de saúde (Sethi *et al.*, 2008).

Um cidadão com um nível adequado de LS desenvolve competências para assumir responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da sua família e/ou comunidade (Sørensen *et al.*, 2012). Assim, melhorar o nível de LS dos portugueses constitui-se numa prioridade.

A importância da LS é reconhecida pelo estado português no despacho nº 3618-A/2016. Este estabelece o programa nacional para a saúde, literacia e auto cuidados, como uma prioridade de saúde pública na promoção e proteção da saúde da população. Considerada como determinante para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, a LS é reconhecida como um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 foi sujeito a uma revisão e extensão até 2020, que pretende a redução da mortalidade prematura, a melhoria da esperança de vida saudável e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis.

Dos 4 eixos estratégicos do PNS, o eixo da cidadania em saúde é centrado no cidadão e neste como um agente fundamental de participação e mudança. O direito e o dever de influenciar as decisões em políticas de saúde requer que o cidadão deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de lutar pela defesa da sua saúde e da saúde coletiva. Para que isso seja possível, o cidadão tem que estar informado, tem que interiorizar a informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos. O PNS aponta para a melhoria dos níveis da LS dos cidadãos.

Uma estratégia para conseguir este objetivo materializa-se no Programa Nacional de Saúde Escolar 2015: Saúde + Educação = Literacia para a Saúde e decisões responsáveis. Direcionado para crianças e jovens, tendo vários objetivos (e.g. entre os quais promover estilos de vida saudáveis e aumentar o nível de LS da comunidade educativa), este programa pretende melhorar o estado de saúde das comunidades. Assim, ele reflete a necessidade de estratégias de capacitação dos cidadãos, desenvolvidas ao longo de todo o ciclo de vida, a criação de comunidades resilientes e ambientes promotores da saúde.

O PAPES, homologado por despacho a 3 de setembro de 2014, visa também incentivar as escolas a promoverem a LS, atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis, valorizar comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis e criar condições ambientais para uma Escola Promotora de Saúde. Para que isso seja possível, é fundamental que os programas nacionais passem por uma apropriação local para que a mudança possa acontecer nas populações/comunidades.

O desenvolvimento da LS apresenta-se assim, como uma peça chave na PS que deve ser integrada no currículo escolar desde uma idade jovem. A visão a longo prazo implica que a LS faça parte das aprendizagens ao longo da vida (Kickbusch *et al.*, 2006). Assim, mais uma vez se reforça o princípio de que indivíduos com mais e melhores níveis de LS tendem a gerir de uma forma mais assertiva a sua saúde e consequentemente a melhorar a sua qualidade de vida.

2.10. Literacia para a Saúde e as TIC

O constante desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) revolucionaram o nosso dia-a-dia. De acordo com o livro verde para a sociedade da

informação em Portugal (1997), a sociedade da informação pode contribuir para a melhoria do bem-estar dos cidadãos. Segundo a Associação Para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação (APDSI), entende-se por TIC, a integração de métodos, processos de produção, *Hardware* e *Software*, com o objetivo de proporcionar a recolha, o processamento, a disseminação, a visualização e a utilização de informação, no interesse dos seus utilizadores. Resumindo, as TIC são um conjunto de recursos tecnológicos, utilizados de forma integrada, com um objetivo comum.

O aumento acentuado no uso de *smartphones*, *tablets* e outros dispositivos móveis, nos últimos anos, facilitou o acesso instantâneo à *Internet* e por conseguinte um aumento do acesso à informação com um nível crescente da utilização das aplicações para esses dispositivos. A facilidade com que se manuseiam reflete-se no fato destes serem intuitivos e de fácil utilização (Baltazar, 2014) (Marktest, 2015).

Os dispositivos móveis permitem que a informação esteja cada vez mais disponível em tempo real, o que aumenta o tempo de exposição dos mais jovens também. As suas visões do mundo estão muito ligadas com a informação que recebem todos os dias e em qualquer lugar. Dessa forma entende-se que os adolescentes não estejam preparados para analisar criticamente toda a quantidade de informação recebida, adotando muitas vezes uma postura passiva. Isto pode levar a que as visões, representações do mundo e ações dos jovens, se caracterizem por serem o reflexo do imediatismo mediático, em vez de uma perspetiva de cidadania crítica dos acontecimentos que os rodeiam (Oliveira e Caetano, 2017). Assim surge a preocupação em apoiar os cidadãos a tomar consciência e a descodificar o universo da informação que os rodeia (Oliveira e Caetano, 2017), permitindo a obtenção de informação que seja relevante para a sua saúde (DataAngel Policy Research Incorporated, 2009).

O conceito de Mobile Health (*m-Health*) emergiu devido à relevância atribuída à tecnologia, ao crescente interesse no comportamento saudável e na monitorização de dados. A *e-Health* geralmente refere-se a aplicações para computador, enquanto, a *m-Health* se refere a aplicações para *smartphones*, podendo as aplicações serem utilizadas *on-line* ou *off-line*. Estas ferramentas podem ser usadas para despertar uma mudança positiva no comportamento da saúde ou ajudar as pessoas a escolher um estilo de vida mais saudável (Kampmeijer *et al.*, 2016). Segundo Norman e Skinner (2006), citados por Manganello *et al.* (2015) literacia digital para a saúde foi definida como a capacidade de procurar, encontrar, perceber e avaliar a informação sobre saúde a partir de fontes eletrónicas, aplicando o conhecimento na resolução de um problema de saúde.

O site *statista.com* apresenta uma previsão da taxa de introdução de utilizadores de *smartphones* em Portugal de 2015 a 2022. Partindo de 2015, em que 48,73% da população portuguesa utilizaria *smartphones*, em 2022 a projeção feita pelo *statista.com* aponta para que 64,4% da população os utilize. Segundo um estudo realizado em 2014, por Baltazar (2014) em parceria com a *Marktest*, uma análise de tendências permite verificar que a mobilidade associada a estes dispositivos é, talvez, a característica mais relevante dos últimos anos.

Isto deve-se a uma conjugação de fatores, como o aumento de *smartphones* em Portugal, em que o número de titulares quase duplicou em 3 anos e atualmente 60% dos indivíduos com 10 e mais anos possui este equipamento. Também são considerados para o aumento de utilização de *smartphones* aspetos tais como: a conveniência (uma vez que cabe na palma da mão, não necessitando esforço), a total mobilidade (podendo ser usado em qualquer local) e as suas funcionalidades disponíveis. Hoje, 27% dos acessos a *sites de média* em Portugal, são feitos através de equipamentos móveis e 22% por *smartphones* (Baltazar, 2014) (*Marktest*, 2015).

2.11. Informação sobre saúde e *Internet*

De acordo com o Eurostat (2014) mais de metade dos europeus de 16 a 24 anos tinham acesso à *Internet* móvel em 2012 e com a probabilidade elevada desse valor aumentar. O estudo, “Uma dia das nossas vidas na *Internet*” (2014) revela que a utilização da *Internet* em Portugal é um hábito comportamental consolidado e absoluto, o seu uso diário tem uma elevada natureza utilitária, para além da lúdica; o uso de dispositivos móveis é crescente e transversal e para os que já são utilizadores é onnipresente (Baltazar, 2014) (*Marktest*, 2015).

Tal como tudo o que é utilizado em demasia, também o uso excessivo da *Internet* (UEI) é uma preocupação crescente em saúde pública, uma vez que, as crianças começam a usar a *Internet* numa idade cada vez mais precoce (Livingstone *et al.*, 2011). Por sua vez, os adolescentes são vistos como um grupo vulnerável em termos de desenvolvimento de formas problemáticas do uso da *Internet*, em muitos casos são utilizadores intensivos, estando a maioria *on-line* diariamente e, em comparação com a população em geral, muitas vezes envolvidos num número limitado de atividades que consomem muito tempo, como jogar e usar redes sociais (Livingstone *et al.*, 2011).

O uso de dispositivos móveis aumentou acentuadamente e os jovens já não precisam estar num lugar específico para estarem *on-line* (Skarupova *et al.*, 2016). Podem conectar-se em movimento e estar *on-line* mais vezes e por longos períodos de

tempo. É comum hoje irmos a um estabelecimento comercial, como por exemplo café, ou restaurante, entrarmos em transportes públicos e estabelecimentos escolares onde é fornecido o acesso à *Internet* através de *WI-FI*. Embora o uso do *smartphone* seja um preditor positivo do UEI, isso é moderado pelo número crescente de atividades realizadas *on-line*. Muitas funções do *smartphone* são frequentemente usadas no modo *off-line* (Skarupova *et al.*, 2016).

O número de atividades que requerem uma ligação à *Internet* podem não ser entendidas como atividades *on-line*. Enviar mensagens ou fazer chamadas através de aplicativos é prática corrente, algo que anteriormente se realizava através do telefone. É vantajoso para os adolescentes a utilização dessas aplicações e partindo-se do princípio que se trata de um grupo com rendimento financeiro limitado, podem ver reduzidos os custos com chamadas, assim como com mensagens (Manganello *et al.*, 2015) (Skarupova *et al.*, 2016). Os adolescentes revelam preferência em receber informação de forma direta em vez de ter de a procurar, daí aplicações como *Facebook* e *WhatsApp* poderem ser canais preferenciais para disseminação de informação para a PS (Manganello *et al.*, 2015).

Para que isto se materialize, deve-se assegurar que o conteúdo das mensagens seja simples, claro e consistente, ou seja, permitindo que a informação em saúde seja acessível, útil e perceptível a toda a população (Manganello *et al.*, 2015), independentemente do seu nível de LS.

Os resultados do estudo de Skarupova *et al.* (2016) mostraram um pequeno aumento, mas estatisticamente significativo, nos níveis de UEI em todos os países, exceto em Portugal, onde foi observado um declínio entre 2010 e 2013. Não foi encontrada uma explicação metodológica plausível sobre a tendência inversa em Portugal, embora esta possa estar relacionada com uma maior consciência de questões relacionadas à *Internet* e, posteriormente, à crescente mediação dos pais (Helsper *et al.*, 2013). Não se detêm, no entanto, dados suficientes para confirmar essa especulação (Skarupova *et al.*, 2016). O fato de cada vez mais os adolescentes utilizarem *smartphones* fazendo parte do seu estilo de vida, pode reduzir a sensibilidade da escala UEI que usa a palavra *Internet* e não especifica todas as formas possíveis do seu uso (Skarupova *et al.*, 2016).

Apesar da introdução de *smartphones* na vida quotidiana das crianças e do aumento associado das atividades realizadas *on-line*, a tendência geral da UEI é insignificante. No entanto, deve a saúde pública estar atenta a esta realidade, aos problemas emergentes relacionados com o tema e suas implicações na promoção da saúde.

2.12. Saúde e uso de Apps

O livro verde sobre saúde móvel (Comissão Europeia, 2014) refere que em 2013 as 20 melhores aplicações móveis (*apps*) gratuitas para desporto, forma física e saúde já contavam com 231 milhões de instalações em todo o mundo. Em março de 2013, haviam cerca de 97.000 aplicativos de saúde disponíveis em várias plataformas, segundo o estudo da Research Guidance (Cho *et al.*, 2014). Hoje em dia, há um maior interesse no recurso a aplicações para *smartphones*, por parte de académicos e clínicos, como um meio para intervir na manutenção ou aquisição de comportamentos saudáveis.

O estudo de Dute, Bemelmans e Breda (2016) sobre *apps* analisaram 15 artigos científicos, identificando 12 *apps*. Dez dessas *apps* funcionavam como ferramentas de monitorização para avaliar o consumo alimentar ou os níveis de atividade física, as outras *apps* usavam uma plataforma baseada na *Web* para desafiar os utilizadores a se exercitarem e a permitir que registassem e fotografassem os seus alimentos problemáticos. Em 5 dessas *apps*, as técnicas de mudança de comportamento, aplicadas com frequência, estimulavam a monitorização do comportamento e o feedback sobre o desempenho.

A partir dos 10 anos, os utilizadores podem ser capazes de usar *apps*. Baseado ainda no estudo anteriormente referido, apenas 4 *apps* foram desenvolvidas especificamente para adolescentes. Todos os aplicativos foram testados em pequena escala e por um curto período. Apesar do grande potencial e uso frequente por parte dos adolescentes, as pesquisas disponíveis são limitadas na temática das *apps* e promoção de saúde para adolescentes (Dute; Bemelmans; Breda, 2016). A utilização de *apps* para a gestão da saúde e para apoiar mudanças ao nível do comportamento parece ser um fato aceite. No entanto, apesar da vasta oferta de *apps* relacionadas com a saúde, a avaliação das mesmas encontra-se numa fase inicial.

Continua a faltar investigação em profundidade sobre os utilizadores e potenciais utilizadores de *apps*, quais as suas experiências e os seus pontos de vista relativamente à vasta funcionalidade e avanço tecnológico (Dennisson *et al.*, 2013). O estudo de Ernesting *et al.* (2017) verificou que 20,53% dos utilizadores de *smartphones* também utilizavam *apps* para a saúde no dispositivo. No estudo Pew Survey em 2012, foi verificado que as utilizações de *apps* para a saúde nas mesmas condições foram expressas por 19% dos indivíduos.

É necessário entender as razões que levam os adolescentes a optar por esta ou por aquela *app* (Cho *et al.*, 2014). De acordo com o estudo de Krebs e Duncan (2015), os principais métodos de escolha da *app* recaem em pesquisas realizadas nas “*app store*” (loja virtual de *apps*), através de amigos/família, pesquisas na *web*. A recomendação através de um médico foi das razões menos enumeradas.

As razões enunciadas para fazer o *download* das *apps* em saúde, estão relacionadas com o fato destas permitirem a monitorização, o *feedback* da evolução e a personalização da informação/sugestões sobre a saúde (Krebs e Duncan, 2015).

Os indivíduos que mantêm a utilização das *apps* confiam na sua precisão, segurança de dados e a sua maioria sente que as *apps* melhoraram a sua saúde. No entanto, cerca de metade dos utilizadores que deixaram de as utilizar referiram ter sido devido à necessidade constante de introdução de novos dados, a perda de interesse e os custos elevados (Krebs e Duncan, 2015).

Os indivíduos que não fazem *download* de *apps* para a saúde, referiram que isso se deve à falta de interesse, aos custos, preocupação com a recolha de dados e o fato de acreditarem que não necessitam delas (Krebs e Duncan, 2015).

Assim, apesar das *apps* poderem ser utilizadas como estratégia para mudança de comportamento (Dennisson *et al.*, 2013) (Krebs e Duncan, 2015), verifica-se que por vezes, a mudança de comportamento expectável com a utilização de *apps* e adoção de estilos de vida mais saudáveis não se verifica, tornando-se fundamental entender a falta de compromisso e a utilização a longo prazo (Dennisson *et al.*, 2013).

Analisar os fatores potenciais que motivam os utilizadores a continuarem a utilização de uma *app* é muito importante, uma vez que estes estão relacionados com o problema de continuidade/descontinuidade da utilização de uma tecnologia. Assim, serão necessárias novas pesquisas sobre o tema, que ampliarão o conhecimento de padrões comportamentais que ajudarão a resolver o problema da continuidade/descontinuidade (Cho *et al.*, 2014).

O estudo realizado por Krebs e Duncan (2015) é importante no sentido em que permite compreender algumas razões pelas quais acontece a descontinuidade da utilização. Verificaram estes autores que os utilizadores que fizeram o *download* de *apps* para a saúde e agora não as utilizam, apontaram como razões para a descontinuidade da utilização: perder muito tempo com a introdução de dados, a perda de interesse, custos elevados, esta ser confusa e não gostarem que a *app* partilhe os seus dados com amigos. O mesmo estudo refere, que os intervenientes centraram a maioria dos

comentários no que diz respeito à convergência do consumo de alimentos, atividade física e gestão do peso, chegando a três características importantes numa *app*.

A primeira característica está relacionada com o desejo de que a *app* disponibilize recomendações específicas e personalizadas. Sendo desejável que a *app* forneça recomendações que vão além da perda de peso, mas que, em simultâneo ajude a obter exercícios específicos e metas ao nível da nutrição (Krebs e Duncan, 2015).

A segunda está relacionada com o desejo de métodos mais fáceis e precisos tanto ao nível da apresentação, da introdução de dados ou da emissão de alertas para que o utilizador obrigatoriamente se mantenha informado evitando esquecimentos (Krebs e Duncan, 2015).

E a terceira, refere-se à motivação, em que a utilização do humor/divertimento se apresenta como item fundamental, para que funcione como um estímulo tanto para manter afastados os desejos de comida pouco saudável, assim como, emitindo alertas para o momento de prática de exercício físico, por exemplo (Krebs e Duncan, 2015). O estudo de Ernesting *et al.* (2017) corrobora o estudo anterior, referindo também que as características mais apreciadas nas *apps* se referem ao planeamento, emissão de alertas, a forma de promover a motivação e a sua utilidade como fonte de informação.

Segundo Middelweerd *et al.* (2015) as *apps* preferidas por jovens para diminuir o sedentarismo e promover a prática de atividade física são aquelas que lhes facultam treinos personalizados, motivação, mensagens com os objetivos personalizados, proporcionando a competição entre os amigos escolhidos nas redes sociais (Rocha *et al.*, 2017).

A utilização de *apps* para a saúde pode refletir a vontade dos utilizadores em mudar ou manter comportamentos saudáveis. As *apps* mais populares estão relacionadas com a atividade física, dietas alimentares, controlo de peso (Fox e Duggan, 2012), *fitness*, nutrição (Krebs e Duncan, 2015) cessação tabágica, alimentação saudável e perda de peso (Ernesting *et al.*, 2017).

2.12.1. Utilização de *Apps* para a saúde e o Sexo

De acordo com Cho *et al.* (2014) existe uma relação entre a utilização de *apps* para promover a saúde e o sexo. Indivíduos do sexo feminino utilizam mais *apps* para promover a saúde (Cho *et al.*, 2014).

2.12.2. Utilização de *Apps* para a saúde e a Idade

Relativamente à utilização de *apps* para a saúde, estas são mais comuns entre indivíduos mais jovens (Cho *et al.*, 2014) (Krebs e Duncan, 2015) (Ernesting *et al.*, 2017), ou seja, os indivíduos mais jovens apresentam uma maior probabilidade de utilizarem *apps* deste tipo.

2.12.3. Utilização de *Apps* para a saúde e a Escolaridade

Indivíduos com níveis de educação mais elevados apresentam uma maior utilização de *apps* para a saúde (Cho *et al.*, 2014) (Krebs e Duncan, 2015).

2.12.4. A Literacia para a Saúde e a utilização de *Apps* para a saúde

Os estudos de Ernsting *et al.* (2017), Krebs e Duncan (2015) revelam uma associação entre a utilização de *apps* para a saúde e a LS, ou seja, os utilizadores de *apps* para a saúde apresentam níveis de LS mais elevados.

2.13. Um caminho para a promoção da saúde

Os adolescentes são tipicamente os primeiros a utilizar novas tecnologias. A *Internet*, em particular, oferece oportunidades inovadoras para cativar jovens, incluindo populações difíceis de alcançar (fora do alcance das abordagens tradicionais de ES). As fontes tradicionais de informação de saúde para jovens já não satisfazem as suas necessidades, daí a utilização da *Internet* para veicular informações. À medida que as fontes de informação de saúde na *Internet* proliferam, a preocupação com a qualidade da informação deve ser cada vez maior, assim como, as dificuldades que os jovens têm em encontrar respostas para suas questões específicas (Skinner *et al.*, 2003).

A procura de informação sobre saúde na *Internet* pode ser difícil para alguns adolescentes, mas, em muitos casos a utilização das TIC surge como alternativa em situações que podem causar constrangimento. A vantagem de utilização de recursos disponíveis na *Internet* é estarem disponíveis 24 horas por dia e não existirem julgamentos ou conflitos sobre os utilizadores (Skinner *et al.*, 2003). Para promover a saúde, estilos de vida saudáveis é importante que a resposta tecnológica seja apelativa e interativa.

O recurso a estratégias de procura de informação em saúde que garantam maior facilidade e utilidade em cidadãos com LS mais baixa, podem ajudar a mitigar os resultados negativos na PS a longo prazo (Manganello *et al.*, 2015).

No Portal das Escolas, por exemplo, encontramos um conjunto de ferramentas educativas, assim como um interface que incentiva e ajuda à construção de *blogs* em contexto educativo. Aí também é ensinado a fazer o seu registo. Partindo do princípio que estas ferramentas já existem, a sua utilização poderá rentabilizada na PS entre os adolescentes.

O Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Auto Cuidados, prevê o desenvolvimento do projeto “Jovem Móvel”. Esse projeto pressupõe o uso de *apps*, com o objetivo de promover uma vida ativa, prevenindo situações de dependência na população jovem. Também se prevê que oportunamente deverão ser identificadas, selecionadas e divulgadas de acordo com os seus méritos, as melhores *apps* para serem valorizadas e utilizadas em iniciativas de ES e literacia para jovens. Neste caso, é reconhecida a importância das TIC e inclusão digital, na PS dos adolescentes.

3. METODOLOGIA

Fortin (2009) cita Burns e Grove para definir que a investigação científica é um processo sistemático de validação de conhecimentos já estudados e/ou de produção de novos conhecimentos. Neste capítulo serão descritas as fases do processo do estudo, definidos os métodos que terão como finalidade obter respostas às perguntas de investigação e às hipóteses formuladas. Apresentaremos o modelo de análise em que nos baseámos para identificar o desenho do estudo, população alvo, a amostra, as variáveis, a apresentação do método de recolha de dados e o tratamento estatístico dos mesmos.

3.1. Definição do problema

São escassas as pesquisas disponíveis na temática da utilização das *apps* e promoção de saúde para adolescentes (Dute; Bemelmans; Breda, 2016). Assim, este trabalho pretende refletir sobre o potencial que pode existir no campo da saúde, no uso por parte dos adolescentes das TIC.

Um cidadão com um nível adequado de LS tem as competências necessárias para assumir responsabilidade pela sua própria saúde, assim como, pela saúde da sua família e/ou comunidade (Sørensen *et al.*, 2012). Assim, melhorar os níveis de LS dos portugueses deverá ser uma prioridade, nomeadamente na adolescência. Isto passa por uma consideração do papel das TIC neste processo.

O constante desenvolvimento das TIC revolucionaram o nosso dia-a-dia. Skinner *et al.* (2003) refere que as fontes tradicionais de informação de saúde para jovens já não satisfazem as suas necessidades, daí a utilização da *Internet* para veicular informações.

A saúde em cada fase da vida, afeta a saúde noutras fases e tem efeitos cumulativos para a próxima geração. Um mau começo na vida pode levar à falta de saúde e aprendizagem inadequada, resultando em perdas em termos de qualidade de vida à medida que os anos são acumulados na vida da pessoa. Dessa forma, a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes são essenciais para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável (**Millennium Development Goals** (MDGs), sendo necessária ação em todos os setores e cenários, para apoiar crianças e adolescentes a viver e prosperar (WHO, 2002).

A adolescência representa um dos períodos críticos nos quais hábitos e comportamentos são estabelecidos e interiorizados, tornando-se mais difíceis de serem alterados mais tarde na vida (Sampaio, 2006). A LS tem vindo conquistar relevância ao

longo de anos, tanto da comunidade científica como dos próprios governos. No entanto, o nível da investigação sobre a LS centra-se essencialmente em adultos, deixando para raras situações a adolescência.

A necessidade de resgatar as origens da saúde é fundamental para que cada cidadã/o oriente a sua vida na concretização do bem-estar e da auto realização (Saboga-Nunes; Freitas; Cunha, 2016), assumindo a saúde como uma reserva para o seu bem-estar ao longo da vida. Questionarmo-nos se os comportamentos saudáveis, que englobam as ações que os cidadãos adotam têm uma influência positiva sobre a saúde (Alsubaie, 2014) revela-se, assim, pertinente quando consideramos a saúde do adolescente.

3.2. Pergunta de investigação

No presente estudo pretendemos encontrar resposta para a seguinte questão: “Existe uma associação entre a utilização de *apps* para promover a saúde e o nível de LS dos adolescentes que frequentam o ensino público em Portugal?”

3.3. Hipóteses de investigação

Para encontrar resposta à nossa questão de investigação e a partir do quadro conceptual baseado na bibliografia científica consultada, elaborámos as seguintes hipóteses:

Hipótese 0 (H1): O instrumento de avaliação da LS (HLS-EU-PT®) apresenta validade interna e fidelidade nesta amostra, sendo assim um instrumento útil na investigação.

Hipótese 1 (H1) Existem diferenças entre sexos relativamente aos níveis de LS.

Hipótese 2 (H1) Existe uma associação entre o nível de LS e a idade.

Hipótese 3 (H1) Existe uma associação entre os níveis de LS e o ano de escolaridade.

Hipótese 4 (H1) Existe uma associação entre o nível de LS e o *status* social.

Hipótese 5 (H1) Existem diferenças entre sexos relativamente à utilização de *apps* para a promoção da saúde.

Hipótese 6 (H1) Existem diferenças quanto à idade e a utilização de *apps* para promover a saúde.

Hipótese 7 (H1) Existem uma associação entre o ano de escolaridade e a utilização de *apps* para promover a saúde.

Hipótese 8 (H1) Existe uma associação entre a LS e a utilização de *apps* para promover a saúde.

3.4. Objetivos do estudo

O objetivo geral deste estudo foca-se em conhecer os níveis de LS dos adolescentes e a sua relação com a utilização de *apps* para promover a saúde.

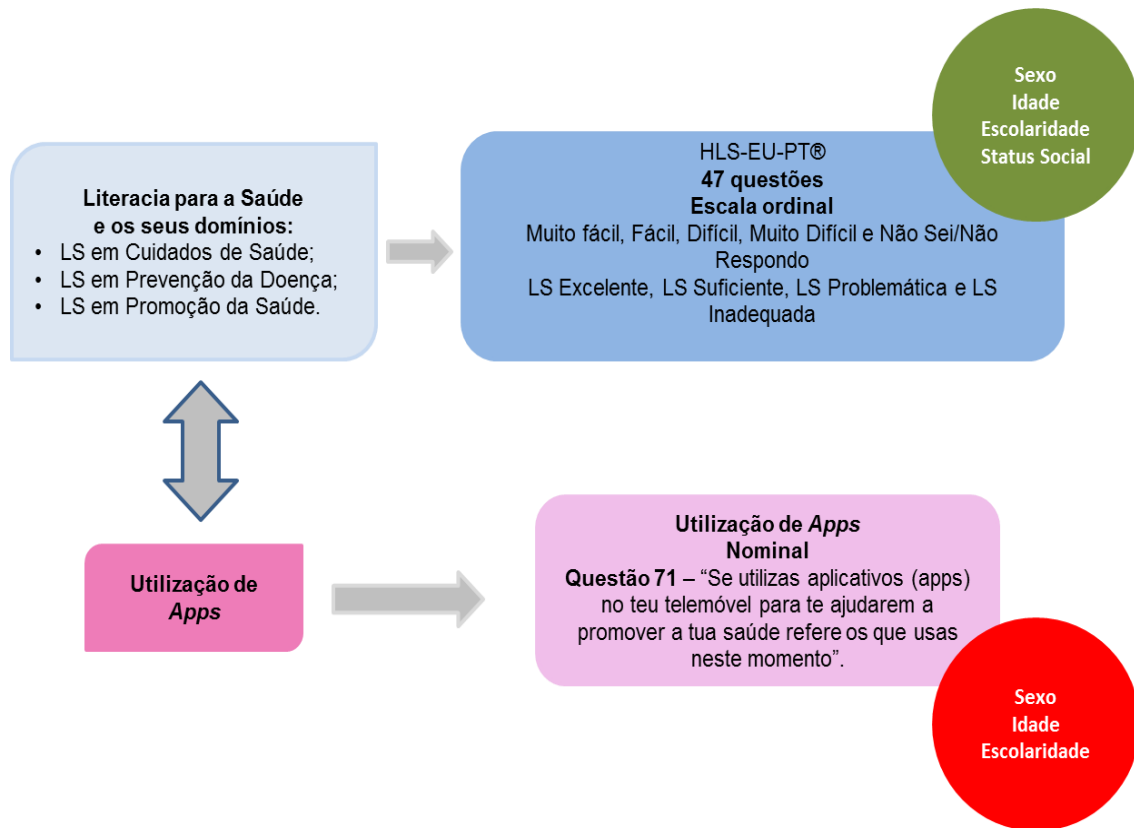
Identificam-se a seguir os objetivos específicos do estudo:

- Descrever características sociodemográficas dos adolescentes;
- Identificar os níveis de LS dos adolescentes;
- Identificar a associação entre o sexo, a idade, a escolaridade e o *status* social e a LS;
- Identificar as *apps* para promover a saúde mais utilizadas pelos adolescentes;
- Identificar a associação entre a utilização de *apps* para promover a saúde e o sexo, idade e escolaridade;
- Identificar a associação entre os níveis de LS e a utilização de *apps* para promover a saúde.

3.5. Modelo de análise

Após a consulta bibliográfica procedemos ao desenho do modelo que melhor representa o estudo que pretendemos realizar. Para verificarmos se a LS e os seus domínios influenciam a utilização de *apps* para promover a saúde, estudaremos a sua relação. Analisaremos também a relação da LS e os seus domínios com as variáveis de atributo (dados sociodemográficos) apresentados na figura 2, e da utilização de *apps* para promover a saúde também com as variáveis de atributo (dados sociodemográficos) representadas também na figura 2.

Figura 2: Esquema representativo da relação da LS e seus domínios com a utilização de *apps* para promover a saúde, e da associação de variáveis sociodemográficas com a LS e seus domínios e com a utilização de *apps* para promover a saúde.



3.5.1. Instrumento de recolha de dados

A colheita de dados é um método de recolha de informação junto dos participantes com instrumentos escolhidos previamente (Fortin, 2009). Tendo em conta o propósito deste trabalho o instrumento utilizado será o questionário. O questionário de acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, uma serie de questões relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao nível de conhecimento ou consciência de um acontecimento ou problema, ou ainda sobre qualquer outro assunto de acordo com o interesse do investigador. Utiliza-se nesta investigação um questionário de administração direta, uma vez que é de auto preenchimento.

Para a recolha de dados foi utilizado o questionário “*Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?*”, integrado no projeto CrAdLiSa fruto de uma parceria entre várias instituições e tem como objetivos avaliar níveis de LS e analisar o seu efeito nos estilos de vida e como promovê-los no sentido da PS. Este instrumento é utilizado pela DGS

no contexto de avaliação do PNSE, sendo destacado neste estudo a LS e a utilização de apps para promover a saúde.

3.5.2. Questionário Europeu de LS

Para responder à questão de partida foi utilizado como inquérito por questionário de avaliação da LS, o *European Health Literacy Survey Questionnaire* (HLS-EU-Q), na versão portuguesa autorizada, o *European Health Literacy Survey in Portuguese* (HLS-EU-PT) (Saboga-Nunes; Sørensen; Pelikan, 2014b). Este é composto por 47 questões, desenhadas de acordo com o modelo conceptual da LS, apresentado na figura 3.

Figura 3 Versão portuguesa autorizada do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT (Saboga-Nunes; Sørensen; Pelikan, 2014b).

Numa escala que vai de: Muito fácil, fácil, difícil, muito difícil, quão dirias, que é:

Q 1 *... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?
 2 *... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que te dizem respeito ou preocupam?
 3 *... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica? *
 4 *... descobrir onde obter ajuda especializada quando estás doente? (por ex.: junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)? *
 5 *... compreender o que seu médico lhe diz? *
 6 *... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o teu medicamento? *
 7 *... compreender o que fazer numa emergência médica? *
 8 *... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento receitado? *
 9 *... avaliar como é que a informação oriunda do seu médico se aplica ao teu caso? *
 10 *... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento? *
 11 *... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico? *
 12 *... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança? * (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)? *
 13 *... usar informações que o teu médico te dá para tomar decisões sobre a tua doença? *
 14 *... seguir/cumprir instruções sobre medicação? *
 15 *... chamar uma ambulância em caso de emergência? *
 16 *... seguir as instruções do teu médico ou farmacêutico? *
 17 *... encontrar informações para gerir comportamentos que afetam a tua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? *
 18 *... encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stress ou depressão? *
 19 *... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer? * (por ex.: exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial)? *
 20 *... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto? *
 21 *... compreender advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? *
 22 *... entender porque precisa de vacinas? *
 23 *... entender porque precisa de exames de saúde? (por ex.: teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)? *
 24 *... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? *
 25 *... avaliar quando precisas de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde? *
 26 *... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar? *
 27 *... avaliar que exames de saúde precisa de fazer? (por ex.: teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)? *
 28 *... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos média são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)? *
 29 *... decidir se deve fazer a vacina contra a gripe? *
 30 *... decidir como te podes proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos? *
 31 *... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações com origem nos meios de comunicação? (por ex. Jornais, folhetos, Internet ou outros meios de comunicação)? *
 32 *... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição? *
 33 *... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex.: meditação, exercício, caminhada, pilates, etc.)? *
 34 *... encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se ser mais amigo da saúde? (por ex.: redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer)? *
 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.)? *
 36 *... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha? *
 37 *... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos? *
 38 *... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos? *
 39 *... compreender a informação com origem nos meios de comunicação se tornar mais saudável? * (por ex.: internet, jornais, revistas)? *
 40 *... compreender a informação que visa manter a mente saudável? *
 41 *... avaliar como o local onde vive, afeta a sua saúde e bem-estar? * (por ex.: a sua comunidade, seu bairro)? *
 42 *... avaliar como as suas condições de habitação o ajudam a permanecer saudável? *
 43 *... avaliar que comportamento seu diário está relacionado com a sua saúde? (por ex.: beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc.)? *
 44 *... tomar decisões para melhorar a sua saúde? *
 45 *... integrar um clube de desportivo ou aulas de ginástica se desejar? *
 46 *... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex.: ingestão de álcool, hábitos alimentares, exercício, etc.)? *
 47 *... participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade? *

O modelo de LS integra 3 domínios: os cuidados de saúde (16 questões), a prevenção da doença (15 questões) e a promoção da saúde (16 questões); e tem 4

níveis de processamento da informação, o acesso, a compreensão, a avaliação e a utilização (Anexo 1). A interpretação do instrumento resulta da análise das respostas de forma quantitativa. Estas respostas combinadas formam uma matriz resultante de uma pontuação que vai de 0 a 4, entre o muito fácil e o muito difícil. A pontuação foi padronizada, apresentando 0 como o valor mínimo e 50 valor máximo, em que 0 representa o valor mínimo de LS e 50 representa o valor máximo. Para os 4 níveis foram identificados como pontos de corte: *scores* iguais ou inferiores a 25 pontos corresponde LS inadequada, *scores* superiores a 25 e iguais ou inferiores a 33 pontos corresponde LS problemática, *scores* superiores a 33 e iguais ou inferiores a 42 pontos corresponde LS adequada e *scores* superiores a 42 e inferiores ou iguais a 50 corresponde LS excelente (HLS-EU Consortium, 2012). Relativamente aos níveis de LS agrupados, *scores* entre 0 e iguais ou inferiores a 33 pontos corresponde LS limitada e *scores* superiores a 33 e inferiores ou iguais a 50 pontos corresponde LS adequada.

Para os cálculos dos índices a escala foi normalizada numa métrica entre 0 e 50, com a seguinte fórmula:

$$Index = (média - 1) * \left(\frac{50}{3}\right)$$

Índex = valor específico calculado

Média = média de todos os itens considerados para cada indivíduo

1 = O valor mínimo de média possível (conduz a um valor mínimo de índex de 0)

3 = Variação da média

50 = Valor máximo escolhido

3.5.3. Utilização das Apps

Para a verificação da facilidade ou não que os adolescentes apresentam sobre a utilização de *apps*, trabalhámos as questões referentes à sua utilização no questionário, nomeadamente, a questão 69: “ Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil, dirias, que é utilizar aplicativos (*apps*) no teu telemóvel para te ajudarem a promover a tua saúde? ”; e a questão 70: “ Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil, dirias, que é utilizar aplicativos (*apps*) no teu telemóvel para te ajudarem a gerir a tua doença? ”.

Trabalhámos também a questão 71: “ Se utilizas aplicativos (*apps*) no teu telemóvel para te ajudarem a promover a tua saúde, refere os que usas neste momento”. Assim como, também trabalhámos a questão 72: “Se utilizas aplicativos (*apps*) no teu telemóvel para te ajudarem a gerir a tua doença, refere os que usas neste momento”.

3.6. Variáveis

As variáveis são qualidades ou características que são observadas ou medidas (Fortin, 2009). São consideradas independentes as variáveis que eventualmente influenciam, afetam ou determinam outras, como por exemplo o sexo e idade. As dependentes por sua vez poderão ser valores, fenómenos ou fatos a serem descobertos ou explicados, em virtude de serem influenciados ou afetados pela variável independente, como por exemplo a LS.

São variáveis independentes ou de atributo neste estudo, o sexo, a idade, a escolaridade, o *status* social e o local de residência. A variável sexo é qualitativa e nominal dicotômica (masculino ou feminino). A idade é quantitativa, contínua, ordinal e neste estudo as idades encontram-se entre os 15 e os 19 anos de idade. A escolaridade é uma variável qualitativa e nominal (10^o, 11^o e 12^o anos). O *status* social é qualitativa, numérica e ordinal, fazendo corresponder ao 1 o valor mais baixo de *status* social e ao 10 o mais elevado. O local de residência apresenta-se como uma variável qualitativa e nominal. A LS e os seus domínios (LS em Cuidados de Saúde, LS em Prevenção da Doença e LS em Promoção da Saúde) são variáveis qualitativas, dependentes, utilizando uma escala numérica, ordinal e agrupada em classes. A utilização de *apps* para promover a saúde é uma variável dependente, nominal (sim ou não).

Classificámos as variáveis de acordo com a figura 4.

Figura 4: Classificação das variáveis do estudo.

Variável	Tipo	Classificação	Escala
Sexo	Qualitativa	Independente	Nominal dicotômica
Idade	Quantitativa contínua	Independente	Ordinal
Escolaridade	Qualitativa	Independente	Nominal
<i>Status</i> Social	Qualitativa	Independente	Numérica, ordinal
Local de residência	Qualitativa	Independente	Nominal
LS e domínios	Qualitativa	Dependente	Numérica, ordinal, classes
Utilização de <i>apps</i> para promover a saúde	Qualitativa	Dependente	Nominal

Procederemos à verificação de associação ou de diferenças significativas entre a LS e os seus domínios com o sexo, idade, escolaridade e *status* social. Também verificaremos a existência de associação significativa quanto à utilização de *apps* para promover a saúde com o sexo, idade e escolaridade. E por último, verificaremos a existência de diferenças significativas entre a variável LS e os seus domínios com a variável que corresponde à utilização de *apps* para promover a saúde. Neste caso as variáveis LS e seus domínios apresentar-se-ão como independentes, influenciando ou não a utilização de *apps* para promover a saúde.

3.7. Desenho do estudo

No estudo observacional o investigador não intervém nos indivíduos, tendo sido escolhida a população alvo e agrupados os indivíduos de acordo com características específicas. Esta investigação é transversal, uma vez que o investigador recolheu a informação de determinada situação num só momento (Fortin, 2009). A abordagem quantitativa constitui um processo dedutivo pelo qual os resultados numéricos fornecem conhecimentos objetivos relativamente às variáveis. A metodologia quantitativa será a que melhor representará a população, resultados obtidos e a hipótese colocada (Fortin, 2009). O estudo descritivo apresenta a informação/dados sobre indivíduos de forma organizada e de associação quando determina se existem ou não associação entre variáveis. Os estudos descritivos/exploratórios têm o propósito de descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, por forma a estabelecer as características da população ou da amostra.

Desta forma este estudo caracteriza-se por ser observacional, de natureza transversal, predominantemente quantitativo e de carácter descritivo e de associação. Uma componente qualitativa é integrada numa perspetiva de aprofundamento da temática em estudo. Assim um *mix* de métodos é utilizado de modo a poder fazer uma leitura do fenómeno em estudo o mais alargada possível.

O fato de ser um questionário de autopreenchimento tem vantagens, pois podemos mais facilmente chegar a grandes amostras. No entanto, podem surgir limitações com o autopreenchimento (eg. algumas respostas podem não ser verdadeiras). Assim, o questionário tem perguntas de controlo da conformidade de respostas de modo a ponderar a qualidade dos dados recolhidos. Os questionários foram aplicados por professores sem a presença de representantes do estudo.

3.7.1. População e amostra

A população é definida como uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. No entanto, existe sempre dificuldade em incluir uma população na sua totalidade, por essa razão é estudada a que se encontra acessível (Fortin, 2009).

A amostra consiste numa porção da população total, sobre a qual é desenvolvido o estudo (Fortin, 2009). A amostra deste estudo recai sobre adolescentes, alunos do 10 ao 12º ano das escolas secundárias, do ensino regular, do distrito de Santarém, que aderiram ao estudo. A recolha de dados foi desenvolvida no período decorrente do ano letivo de 2016/2017 e no período entre Novembro de 2016 e Março de 2017.

Figura 5: Alunos matriculados no ensino secundário, o total da região e por município.

Territórios		Total	Cursos Gerais
Âmbito Geográfico	Anos	2016	2016
NUTS III	Lezíria do Tejo	6 178	4 087
Município	Almeirim	486	333
Município	Santarém	2 240	1 334

Alunos matriculados no ensino secundário público: total e por modalidade de ensino

Fontes de Dados: DGEEC/MEd - MCTES - Recenseamento Escolar

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2017-08-03

Do universo dos alunos matriculados no ensino secundário regular, nesses municípios (n=1667), conseguiu-se recolher uma amostra (n=293) representando 17,6% da população total (figura 5).

3.7.2. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão estão relacionados com o momento de colheita de dados. Dessa forma, faltar às aulas, não ter autorização do encarregado de educação para preencher o questionário, não demonstrar vontade em responder ao questionário, são assim, critérios de exclusão.

3.7.3. Técnica de Recolha de Dados

Todos os dados utilizados foram recolhidos por meio de um questionário único *on-line*, adaptado/desenvolvido para a população adolescente, com imagens gráficas e figuras que auxiliam as respostas, ou seja, a metodologia de recolha é a *Computer Assisted Web Interviewing (CAWI)* (Entrevista Web Assistida por Computador). Em suma, o questionário é de autopreenchimento, disponível em formato digital, através da internet na página com o *link* <http://renasceres.net> (Anexo 2).

Da base de dados existente foi extraída a amostra anteriormente especificada. O trabalho de campo decorreu sob a responsabilidade da equipa de investigadores da ENSP, da DGS, das equipas locais de saúde e docentes responsáveis pela saúde escolar nas respetivas escolas.

3.7.4. Considerações Éticas

O questionário integrado no projeto CrAdLiSa, foi a opção utilizada, está aprovado pelo Ministério da Educação (Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0447300003) respondendo ao Despacho N.º15847/2007, que prevê que, sem prejuízo do cumprimento do legalmente exigido em matéria de recolha e tratamento de dados, a aplicação de questionários ou outros inquéritos em agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas do ensino público deve ser sempre previamente autorizada pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, incluindo-se nestes os inquéritos e questionários propostos por entidades internas e externas ao Ministério da Educação, bem como, os formulários destinados à recolha de informação administrativa. Também está autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados 9156/2014, permitindo, desta forma, a sua aplicação nas escolas.

O presente estudo não beneficiou de financiamentos, os seus custos foram suportados pelos investigadores.

3.7.5. Técnica de Tratamento de Dados

O tratamento estatístico refere-se à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas ou testes estatísticos (Fortin, 2009). A análise estatística foi realizada com recurso ao *software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science)* versão 22.

Iremos avaliar a fidelidade interna ou consistência interna da escala calculando o valor de Alfa de *Cronbach*, uma vez que esta é constituída por várias variáveis itens (Aguiar, 2007) a nossa hipótese primária. O teste de Alfa de *Cronbach* permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens

(Fortin, 2009). Assim, vamos avaliar se estas são consistentes na avaliação do fenómeno (Aguiar, 2007), que neste estudo é a LS e os seus domínios. A percentagem da consistência interna é habitualmente avaliada pelo valor do coeficiente do Alfa de Cronbach, logo, quanto mais perto o seu valor estiver de 1, melhor é o valor de consistência interna da escala (Aguiar, 2007). Rejeitaremos a nossa hipótese primária se o valor for inferior a 0,80.

Seguir-se-á a análise estatística descritiva que tem como objetivo destacar o conjunto dos dados retirados da amostra, de forma a serem compreendidos por quem os lê. Para destacar a informação pertinente, os dados serão organizados de forma simples (Fortin, 2009). Para as variáveis numéricas determinaremos medidas de tendência central (tais como a média e mediana) e medidas de dispersão (tais como desvio padrão e a amplitude de variação com máximo e mínimo). Para as variáveis nominais e ordinais serão apresentadas tabelas de distribuição de frequências com as contagens e respetivas percentagens (Aguiar, 2007).

Para as hipóteses formuladas, consideramos um intervalo de confiança de 95% (assim, a significância (Sig.) é exatamente complementar do intervalo de confiança que neste caso será de 5%). No teste de hipóteses, a hipótese nula será rejeitada, quando $p < 0,05$. O valor p representa a probabilidade do valor observado se dever ao acaso, corresponde à probabilidade de se obter um determinado valor quando a hipótese nula é verdadeira (Aguiar, 2007).

Relativamente à associação entre variáveis consideramos que esta é significativa quando a probabilidade desta se dever ao acaso for reduzida (Aguiar, 2007). Então, no caso do valor de sig. menor que 5%, ou seja, $p < 0,05$ então consideramos que a associação é estatisticamente significativa e rejeitamos a hipótese nula.

Assumimos que a amostra deste estudo apresenta uma distribuição normal ou aproximadamente normal, tendo por base o Teorema do Limite Central. Este teorema pressupõe que a média de uma amostra aleatória de 30 ou mais sujeitos se aproxima da média da população para uma determinada característica, então seguramente que a distribuição da média amostral pode ser assumida como normal ou aproximadamente normal (Aguiar, 2007).

Para explorar as associações que pretendemos analisar, necessitamos de definir as técnicas de estatística inferencial que vamos utilizar. A opção por determinados testes estatísticos depende da função que as variáveis preenchem na investigação e do objetivo que se pretende alcançar (Fortin, 2009). Pretendemos perceber se existem associações significativas entre determinadas variáveis nomeadamente entre as que

são independentes e as que são dependentes. Utilizaremos testes paramétricos e não paramétricos.

Os testes paramétricos utilizam-se quando as variáveis são normalmente distribuídas na população, se estamos perante variáveis de intervalos ou de proporções, ou quando temos variáveis ordinais quando estas também podem ser vistas como dados de intervalos (como é o caso de escala de *Likert* de avaliação da LS). No presente estudo utilizaremos o teste t de *Student* e a análise de correlação de *Pearson*, como noutros estudos na área da LS, nomeadamente Cho *et al.* (2014), Tomás; Queirós; Rodrigues, (2015).

Os testes não paramétricos não são baseados nem na estimação de parâmetros nem nos meios de distribuição normal. Aceita-se a sua utilização com variáveis nominais e ordinais (Fortin, 2009). Neste estudo utilizaremos a análise de correlação de *Spearman* e o teste do Qui-quadrado.

4. RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos.

4.1. Estatística Descritiva

Com a estatística descritiva iremos descrever os resultados obtidos.

4.1.1. Distribuição de acordo com o Sexo

A amostra corresponde a 293 casos válidos. A maioria da amostra é do sexo feminino (58,7%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com o sexo

Sexo	n	%
Masculino	121	41,3
Feminino	172	58,7
Total	293	100,0

4.1.2. Distribuição de acordo com a Idade

As idades estão compreendidas entre os 15 e os 19 anos, com uma média de 16,24 anos de idade, um desvio padrão de 1,033 e uma moda de 16 anos. Os 19 anos são a idade com menor percentagem (2,7%), com percentagens próximas temos os 15 e 17 anos (26,3 e 23,2%), o maior valor corresponde aos 16 anos (38,2%) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da amostra de acordo com a idade

Idade	n	%	% Acumulativa
15	77	26,3	26,3
16	112	38,2	64,5
17	68	23,2	87,7
18	28	9,6	97,3
19	8	2,7	100,0
Total	293	100,0	

4.1.3. Distribuição de acordo com a Escolaridade

Relativamente ao ano de escolaridade a maioria dos adolescentes frequenta o 10º (71,7%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição da amostra de acordo com o ano de escolaridade

Ano de escolaridade	n	%
10º	210	71,7
11º	45	15,4
12º	38	13,0
Total	294	100,0

4.1.4. Distribuição de acordo com o *Status* Social

De acordo com o nível de *status* social, cerca de metade dos adolescentes classificaram-se nos níveis 5 e 7 (26,6 e 25,3%), seguindo-se o nível 8 (17,7%) e nível 6 (14,7%). O nível mais baixo foi o 2 (0,7%) e o mais alto o 10 (3,1%). (Tabela 4)

Tabela 4: Distribuição da amostra de acordo com o nível de *status* social

Nível de <i>status</i> social	n	%
2,0	2	0,7
3,0	9	3,1
4,0	15	5,1
5,0	78	26,6
6,0	43	14,7
7,0	74	25,3
8,0	52	17,7
9,0	11	3,8
10,0	9	3,1
Total	293	100,0

4.1.5. Distribuição de acordo com a Área de Residência

No estudo, de acordo com os concelhos de área de residência dos adolescentes, mais de metade pertencem ao concelho de Almeirim (51,2%), seguindo-se os que residem no concelho de Santarém (41,6%) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição de acordo com os concelhos onde vivem os adolescentes

Concelho de Residência	n	%
Santarém	122	41,6
Rio Maior	2	0,7
Cartaxo	5	1,7
Almeirim	150	51,2
Alpiarça	8	2,7
Coruche	1	0,3
Salvaterra de Magos	4	1,4

4.2. Estatística Descritiva – Literacia para a Saúde

Seguidamente iremos descrever os resultados obtidos relacionados com questionário HLS-EU-PT.

4.2.1. Estatística de fidelidade ou consistência interna

A escala de LS utilizada foi a HLS-EU-PT validada para Portugal como anteriormente foi referido, apresenta um valor Alfa de *Cronbach* de aproximadamente de 0,95 (Tabela 6). Também o Alfa de *Cronbach* foi avaliado para cada domínio da LS, apresentando o valor de 0,866 para o domínio dos cuidados de saúde, o valor de 0,886 para o domínio da Prevenção da Doença e o valor de 0,900 para o domínio da Promoção da Saúde (Tabela 6).

Tabela 6: Estatística de fidelidade interna para a escala HLS-EU-PT

HLS-EU-PT	Alfa de Cronbach	N de itens
LS	0,948	47
LS Cuidados de Saúde	0,866	16
LS Prevenção da Doença	0,886	15
LS Promoção da Saúde	0,900	16

4.2.2. Síntese da resposta às questões do HLS-EU-PT

Das respostas às questões do HLS-EU-PT que compõem a escala de avaliação da LS, verificámos que todos os adolescentes responderam às questões: 8, 13, 20, 21, 22, 23, 28, 30, 32, 38, 39, 40 e 44 (nestas questões não se verificou nenhuma frequência de “não sei/não respondo”) (anexo 3).

As questões 15, 22 e 23 foram aquelas onde verificámos que os adolescentes as consideram muito fáceis em relação às outras opções de resposta. E a maioria dos adolescentes consideraram “muito fáceis” as questões 22 e 23 (52,6% e 56,3%) (anexo 3).

Relativamente às respostas sobre as questões em que a resposta foi “fácil”, verificámos que a maioria ficou acima dos 50% inclusive. Os valores mais elevados verificaram-se nas questões 40 (63,1%), 37 (61,4%), 9 (61,4%) e 13 (60,4%). O valor da questão 23 (35,2%) apresentou o valor mais baixo (anexo 3).

As respostas às questões consideradas como difíceis apresentaram valores todos abaixo do da questão 11 (30,7%) (anexo 3).

Consideradas como muito difíceis, a questão 12 (7,5%) foi a que atingiu um maior valor de resposta. No entanto, as questões 13, 32, 36, 39 e 44 (todas com 0%), nenhum adolescente as considerou muito difíceis (anexo 3).

4.2.3. Distribuição de acordo com os níveis de LS

No que diz respeito ao nível de LS e seus domínios, observando a tabela 7 e 8, verificamos que mais de metade da amostra apresenta um nível de LS adequada (61,8%), ou seja, suficiente (45,1%) e excelente (16,7%).

Tabela 7: Distribuição da amostra de acordo com os níveis de LS

LS	n	%	%
			Acumulativa
Inadequada	11	3,8	3,8
Problemática	101	34,5	38,2
Suficiente	132	45,1	83,3
Excelente	49	16,7	100
Total	293	100,0	

Tabela 8: Distribuição da amostra de acordo com os níveis de LS agrupado

LS	n	%	%
			Acumulativa
Limitada	112	38,2	38,2
Adequada	181	61,8	100
Total	293	100,0	

4.2.4. Distribuição dos níveis de LS em Cuidados de Saúde

Relativamente ao nível de LS em Cuidados de Saúde verifica-se que a maioria dos adolescentes se situa no nível suficiente (44,7%) e excelente (16,9%), o que corresponde a 64,6% dos adolescentes (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição de acordo com os níveis de LS em Cuidados de Saúde

LS em	n	%	%Válida	% Acumulativa
Cuidados de Saúde				
Inadequado	17	5,8	6,0	6,0
Problemático	92	31,4	32,4	38,4
Suficiente	127	43,3	44,7	83,1
Excelente	48	16,4	16,9	100
Total	284	96,9	100	
Ausente Sistema	9	3,1		
Total	293	100,0		

4.2.5. Distribuição dos níveis de LS em Prevenção da Doença

Ao nível de LS em Prevenção da Doença verifica-se que a maioria dos adolescentes (65,4%) se concentra no nível suficiente (43,3%) e no excelente (21,5%) (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição da amostra de acordo com os níveis de LS em Prevenção da Doença.

LS em Prevenção da Doença	n	%	% Válida	% Acumulativa
Inadequado	19	6,5	6,7	6,6
Problemática	81	27,6	28,0	34,6
Suficiente	127	43,3	43,9	78,5
Excelente	62	21,2	21,5	100
Total	289	98,6	100,0	
Ausente Sistema	4	1,4		
Total	293	100,0		

4.2.6. Distribuição dos níveis de LS em Promoção da Saúde

Quanto ao nível de Literacia para a Promoção da Saúde a maioria (69,6%) dos adolescentes apresentam nível suficiente (47,6%) e excelente (22%) (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição de acordo com os níveis de LS em Promoção da Saúde

LS em Promoção da Saúde	n	%	% Válida	% Acumulativa
Inadequada	20	6,8	7,0	7,0
Problemática	67	22,9	23,4	30,4
Suficiente	136	46,4	47,6	78,0
Excelente	63	21,5	22,0	100,0
Total	286	97,6	100,0	
Ausente do Sistema	7	2,4		
Total	293	100,0		

Todos os domínios da LS apresentam níveis de excelente e adequado elevados (superiores a 50%). O mais elevado foi a LS em Promoção da Saúde (67,9%), seguindo-

se a LS em Prevenção da Doença (64,5%) e LS em Cuidados de Saúde (59,7%) de acordo com as tabelas anteriormente apresentadas.

4.3. Estatística Descritiva - Apps

Procederemos à descrição dos resultados obtidos relativamente à utilização de *apps* para promover a saúde.

4.3.1. Distribuição sobre opinião na utilização de *apps* para promover a saúde

Colocada a questão 69, “Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil dirias que é utilizar aplicativos/apps no teu telemóvel para te ajudarem a promoção da saúde”, cerca de metade dos adolescentes referiu ser fácil (49,8%), seguindo-se muito fácil (23,5%), difícil e muito difícil (16% e 5,1%) (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição de acordo com a questão 69:

	n	%
Muito Fácil	69	23,5
Fácil	146	49,8
Difícil	47	16,0
Muito Difícil	15	5,1
Não sei/ Não responde	16	5,5
Total	293	100,0

4.3.2. Distribuição sobre a utilização de *apps* para promover a saúde

Quando colocada a questão 71, se os adolescentes utilizam aplicativos (*apps*) para os ajudarem a promover a sua saúde e quais são os que estão a utilizar, dos 128 adolescentes que responderam, a maioria (53,1%) referiram não utilizar, mas os remanescentes (46,9%) responderam que sim (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição da amostra de acordo com a utilização de apps para promover a saúde

	n	% Válida
Sim	60	46,9
Não	68	53,1
Total	128	100,0

4.3.3. Síntese da distribuição das *apps* utilizadas para promover a saúde

Os adolescentes que responderam utilizar *apps* para promover a sua saúde, tal como indica a tabela 13, foram 60 adolescentes. Assim verificámos que 25% dos adolescentes que responderam à questão não especificaram a *app* que estão a utilizar. No entanto, relativamente às mais referidas estas estão relacionadas com exercício físico (40%) e logo de seguida, surgem *apps* relacionadas com a saúde feminina (18,3%) que correspondem a *apps* para monitorização e lembrete do ciclo menstrual, tensão pré menstrual, janela fértil entre outros aspetos. No entanto, dois adolescentes referem utilizar duas *apps*, onde a *app* de saúde feminina surge novamente nos dois casos combinada com uma de exercício físico num caso, e, no outro caso, com uma *app* de hidratação (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição das *apps* agrupadas por temas.

Apps agrupadas por temas	n	% Válida
Atividade Física	24	40,0
Saúde Feminina	11	18,3
Sono	2	3,3
App de saúde do dispositivo móvel	6	10,0
Saúde Feminina e Hidratação	1	1,7
Utiliza e não especifica	15	25,0
Saúde Feminina e Atividade Física	1	1,7
Total	60	100,0

4.3.4. Distribuição sobre a utilização de *apps* para gerir a doença

Colocada a questão 70: “Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil como dirias que é (...) utilizar aplicativos/*apps* no teu telemóvel para te a gerir a doença”,

44,4% dos adolescentes responderam que é fácil e 19,8% muito fácil utilizar *apps* no telemóvel para gerir a doença (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição de acordo com a questão 70

	n	%
Muito Fácil	58	19,8
Fácil	130	44,4
Difícil	56	19,1
Muito Difícil	22	7,5
Não sei / Não Respondo	27	9,2
Total	293	100,0

4.3.5. Síntese da distribuição da utilização de *apps* para gerir a doença

Quanto à questão 72; “Se utilizas aplicativos (*apps*) no teu telemóvel que te ajudem a gerir alguma doença neste momento, diz qual?”. Responderam 77 adolescentes. Dos quais 89,6% responderam que não utilizam e apenas 10,4% referiram utilizar (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição da amostra de acordo com a utilização de *apps* no telemóvel para gerir a doença.

	n	% Válida
Sim	8	10,4
Não	69	89,6
Total	77	100,0

4.4. Estatística Inferencial

De seguida iremos proceder à apresentação de resultados após aplicação de testes estatísticos.

4.4.1. Análise de associação da LS e domínios com o Sexo

Para estudar a existência de associação entre a LS e domínios e o sexo utilizaremos o teste paramétrico *t* de *student* para amostras independentes para determinar se existe diferença entre as médias de dois grupos independentes, uma vez que o sexo (masculino, feminino) é uma variável independente e nominal e a LS e os domínios são variáveis dependentes, ordinais.

Após a realização de um teste *t-student* comparando as médias dos índices de LS com o sexo verificou-se que o sexo masculino apresenta níveis superiores em LS em Prevenção da Doença (2,92 versus 2,72) e em LS em Promoção da Saúde (2,98 versus 2,75). Na LS e LS em Cuidados de Saúde não se verificaram diferenças significativas (Tabela 17).

Tabela 17: Análise de associação entre LS e os seus domínios com o Sexo

LS versus Sexo	Masculino		Feminino		Sig.
	M	DP	M	DP	
LS	2,85	,80	2,67	,75	,054
LS em Cuidados de Saúde	2,74	,85	2,72	,78	,867
LS em Prevenção da Doença	2,92	,85	2,72	,84	,047*
LS em Promoção da Saúde	2,98	,83	2,75	,84	,020*

* $p < 0,05$

4.4.2. Análise de associação entre LS e domínios com a Idade

Para estudar a associação entre a idade e a LS utilizámos o teste paramétrico, análise de correlação de *Pearson*. Utilizámos este teste de inferência estatística uma vez que a idade é em escala de ordinal, assim como a escala LS e domínios.

Assim, de acordo com a análise de correlação de *Pearson* não se verifica associação entre LS e a idade, assim como com nenhum domínio da LS ($p > 0,05$ é encontrada tanto na LS como nos seus três domínios (Tabela 18).

Tabela 18: Análise associação entre LS e domínios com a idade

Idade versus LS		Idade
LS	Correlação de <i>Pearson</i>	,021
	Sig.	,719
LS em Cuidados de Saúde	Correlação de <i>Pearson</i>	,049
	Sig.	,413
LS em Prevenção da Doença	Correlação de <i>Pearson</i>	,018
	Sig.	,759
LS em Promoção da Saúde	Correlação de <i>Pearson</i>	,089
	Sig.	,132

4.4.3. Análise de associação entre LS e domínios com a Escolaridade

A análise de associação da escolaridade e LS e os seus domínios foi desenvolvida através do teste não paramétrico de análise de correlação de *Spearman* (uma vez que a escolaridade é apresentada em escala nominal, e a LS numa escala ordinal).

Efetuada a análise de correlação de *Spearman* verificou-se uma relação entre o ano de escolaridade e a LS e a LS em Promoção da Saúde. Desta forma, quanto mais elevado o ano de escolaridade maior o nível de LS e de LS em Promoção da Saúde (Tabela 19).

Tabela 19: Análise de associação entre a LS e domínios com a escolaridade

		Ano de escolaridade	
Spearman's rho	LS	Coeficiente de Correlação	,146*
		Sig.	,012
	LS em Cuidados de Saúde	Coeficiente de Correlação	,099
		Sig.	,095
	LS em Prevenção da Doença	Coeficiente de Correlação	,078
		Sig.	,188
LS em Promoção da Saúde	Coeficiente de Correlação	,158**	
	Sig.	,007	

*p<0,05 **p<0,005

4.4.4. Análise de associação entre LS e domínios com o *Status Social*

O estudo de associação entre as variáveis, *status* social e a LS e domínios foi realizado através do teste paramétrico de análise de correlação de *Pearson*, assumindo a distribuição normal na amostra. O *status* social apresenta-se numa escala ordinal tal como a LS domínios.

Efetuada a correlação de *Pearson* verificou-se a relação entre o *status* social e a LS, LS em Cuidados de Saúde e LS em Promoção da Saúde. Logo, quanto maior o *status* social, maior o nível de LS, LS em Cuidados de Saúde e para a LS em Promoção da Saúde (Tabela 20).

Tabela 20: Análise associação entre LS e domínios com o *Status* Social

		<i>Status</i> Social
LS	Correlação de <i>Pearson</i>	,151*
	Sig.	,010
LS em Cuidados de Saúde	Correlação de <i>Pearson</i>	,132*
	Sig.	,027
LS em Prevenção da Doença	Correlação de <i>Pearson</i>	,080
	Sig.	,177
LS em Promoção da Saúde	Correlação de <i>Pearson</i>	,212**
	Sig.	,000

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

4.4.5. Análise de associação entre a utilização de *apps* para promover a saúde e o Sexo

O teste do qui quadrado compara as frequências observadas na amostra com as frequências esperadas. As frequências observadas nas células permitem calcular o valor estatístico de *Pearson* e por outro as percentagens calculadas dentro dos grupos vão permitir orientar sobre o sentido das diferenças (Aguiar, 2007).

Verificamos uma associação entre o sexo e a utilização de *apps* para promover a saúde, uma vez que o teste do Qui-Quadrado de *Pearson* apresenta um valor de uma significância de 0,002, ou seja $p < 0,05$. (Tabela 21 e 22). Significa que, são os adolescentes do sexo feminino que mais utilizam *apps* para promover a saúde.

Tabela 21: Distribuição da utilização de apps para promover a saúde cruzada com o sexo

		Utilizas <i>apps</i> no teu telemóvel para promover a saúde			
		Sim	Não	Total	
Sexo	Masculino	Contagem	17	38	55
		Contagem %	30,9%	69,1%	100%
		Contagem esperada	25,8	29,2	55,5
		% do total	13,3%	29,7%	43,0%
	Feminino	Contagem	43	30	73
		Contagem %	58,9%	41,1%	100%
		Contagem esperada	34,2	38,8	73
		% do Total	33,6%	23,4%	57,0%
Total		Contagem	60	68	128
		Contagem %	46,9%	53,1%	100%
		Contagem esperada	60	68	128
		% do Total	46,9%	53,1%	100%

Tabela 22: Teste do Qui-Quadrado de Pearson, entre sexo e utilização de *apps* para promover a saúde

	Valor	Grau de Liberdade	Significância (Sig.)
Qui-quadrado de <i>Pearson</i>	9,872	1	,002

4.4.6. Análise de associação entre a utilização de *apps* para promover a saúde e a Idade

Utilizaremos o teste do Qui-Quadrado para comparar as frequências observadas na amostra com as frequências esperadas. As frequências observadas nas células permitem calcular o valor estatístico de *Pearson* e por outro as percentagens calculadas dentro dos grupos vão permitir orientar sobre o sentido das diferenças (Aguiar, 2007).

Para verificar a existência de relação entre a idade e a utilização de *apps*, para promover a saúde, aplicando o teste estatístico do Qui-Quadrado, observa-se que este apresenta um $p > 0,05$. Logo os desvios não são significativos, não existindo associação entre a idade e a utilização de *apps* para promover a saúde (Tabela 23 e 24).

Tabela 23: Distribuição da utilização de *apps* para promover a saúde cruzada com a Idade

		Utilizas <i>apps</i> para promover a saúde			
		sim	não	Total	
Idade Agrupada	[14, 16 [Contagem	37	44	81
		Contagem %	45,7%	54,3%	100,%
		Contagem Esperada	38,0	43,0	81,0
		% do Total	28,9%	34,4%	63,3%
[17, 19 [Contagem	23	24	47
		Contagem %	48,9%	51,1%	100%
		Contagem Esperada	22,0	25,0	47,0
		% do Total	18,0%	18,8%	36,7%
Total		Contagem	60	68	128
		Contagem %	46,9%	53,1%	100%
		Contagem Esperada	60,0	68,0	128
		% do Total	46,9%	53,1%	100%

Tabela 24: Teste do Qui-Quadrado de *Pearson*, entre a idade e a utilização de *apps* para promover a saúde

	Valor	Grau de Liberdade	Sig.	Sig
Qui-quadrado de Pearson	,127 ^a	1	,722	
Teste Exato de Fisher				,854

4.4.7. Análise de associação entre a utilização de *Apps* para promover a saúde e Escolaridade

Utilizámos o teste do Qui-Quadrado para comparar as frequências observadas na amostra com as frequências esperadas. As frequências observadas nas células permitem calcular o valor estatístico de *Pearson* e por outro as percentagens calculadas dentro dos grupos vão permitir orientar sobre o sentido das diferenças (Aguiar, 2007).

Para verificar a existência de relação entre o ano de escolaridade e a utilização de *apps* para promover a saúde, aplicando o teste estatístico do Qui-Quadrado o seu valor apresenta um $p > 0,05$. Logo os desvios não são significativos, não existindo associação entre o ano de escolaridade e a utilização de *apps* para promover a saúde (Tabela 25 e 26).

Tabela 25: Distribuição da utilização de *apps* para promover a saúde cruzada com o ano de escolaridade

		Utilizas <i>apps</i> para promover a saúde			
		Sim	Não	Total	
Ano de Escolaridade	10º	Contagem	39	53	92
		Contagem%	30,5%	41,4%	71,9%
		Contagem Esperada	43,1	48,9	92,0
		% do total	42,4%	57,6%	100%
	11º	Contagem	12	10	22
		Contagem%	9,4%	7,8%	17,2%
		Contagem Esperada	10,3	11,7	22,0
		% do total	54,5%	45,5%	100%
	12º	Contagem	9	5	14
		Contagem%	7,0%	3,9%	10,9%
		Contagem Esperada	6,6	7,4	14,0
		% do total	64,3%	35,7%	100%
Total	Contagem	60	68	128	
	Contagem%	46,9%	53,1%	100%	
	Contagem Esperada	60	68	128	
	% do total	46,9%	53,1%	100%	

Tabela 26: Teste do Qui-Quadrado de *Pearson* entre ano de escolaridade e a utilização de *apps* para promover a saúde

	Valor	Grau de Liberdade	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de <i>Pearson</i>	2,967	2	,227

4.4.8. Análise de associação entre a LS e seus domínios e a utilização de *apps* para promover a saúde

Assumindo que temos uma distribuição normal na amostra, para estudar a existência de associação entre a LS e domínios e a utilização de *apps* para promover a saúde utilizámos o teste paramétrico t de *student* para amostras independentes, a fim de determinar se existe diferença entre as médias de dois grupos independentes, a LS

e domínios (escala ordinal) e a utilização de *apps* para promover a saúde (escala nominal).

Para verificar a relação entre a LS e a utilização de *apps* para promover a saúde, verificámos que tanto para a LS como para os domínios de LS em Prevenção da Doença, assim como, na LS em Promoção da Saúde, os valores de p foram superiores a 0,05, logo, não apresentam diferenças estatisticamente significativas. No entanto, verificámos que no domínio da LS em Cuidados de Saúde um valor de $p=0,007$, ou seja o valor de $p < 0,05$: Isto parece sugerir que quanto maior o nível de LS em Cuidados de Saúde maior a utilização de *apps* para promover a saúde (Tabela 29).

Podemos afirmar, que existe uma associação entre o nível de LS e a utilização de *apps* para promover a saúde, no domínio da LS em cuidados de saúde.

Tabela 27: Associação entre LS e domínios e a utilização de *apps* para a promover a saúde

LS versus utilização de <i>apps</i> para a promoção da saúde	Sim		Não		Sig.
	M	DP	M	DP	
LS	2,82	,77	2,76	,76	,071
LS em Cuidados de Saúde	2,92	,70	2,54	,81	,007*
LS em Prevenção da Doença	2,83	,83	2,91	,78	,587
LS em Promoção da Saúde	3,05	,75	2,83	,84	,130

$p < 0,05$

5. DISCUSSÃO

Os adolescentes que participaram no estudo são a maioria do sexo feminino, as suas idades concentram-se entre os 15 e os 17 anos, frequentam o ensino secundário sendo que a maioria frequenta o 10º ano. Quanto ao *status* social estes adolescentes concentram-se num nível entre 5 e 7 numa escala que varia em 0 e 10 (sendo 10 o valor mais alto). Eles residem maioritariamente nos concelhos de Almeirim e Santarém.

5.1. Fidelidade e Consistência Interna

A consistência interna da escala HLS-EU-PT foi avaliada através do teste de Alfa de *Cronbach*, tanto para o fenómeno LS, assim como, para os seus diferentes domínios. O valor obtido para o fenómeno de LS foi de $\alpha = 0,95$ sendo por isso um valor muito bom, uma vez que está muito próximo de 1. É comparável tanto com o valor encontrado, pelos autores originais, assim como, pelos autores das versões de cada país participante, situando-se no valor global de $\alpha = 0.95$, no índice geral de LS (Saboga-Nunes; Sørensen; Pelikan, 2014b).

Os valores do coeficiente de Alfa de *Cronbach* obtidos relativamente aos domínios foram para LS em Cuidados de Saúde $\alpha = 0,87$, para a LS em Prevenção da Doença $\alpha=0,89$ e para a LS em Promoção da Saúde $\alpha = 0,90$. Ou seja, também ao nível dos domínios da LS a escala apresenta valores muito próximos de 1 e quanto mais próximos de 1, mais consistente é a escala ao nível interno (Aguiar, 2007). Sendo assim, a consistência interna também é muito boa ao nível dos domínios.

Assim, verifica-se que o HLS-EU-PT desenvolvido pelo projeto CrAdLiSa constitui um instrumento robusto de avaliação da LS também para a população adolescente. Aceitamos assim, a nossa hipótese primária quanto à aceitação do instrumento para medir o conceito de LS, no contexto da adolescência. A hipótese 0 definida neste trabalho refere que o instrumento de avaliação da LS (HLS-EU-PT) apresenta validade interna nesta amostra e que, sendo assim, é um instrumento útil na investigação. Logo, apresentando coeficiente de Alfa de *Cronbach* próximo de 1 tanto na LS como nos domínios, aceitamos H1, ou seja, que instrumento de avaliação da LS (HLS-EU-PT) é útil na investigação sobre LS em adolescentes.

5.2. Literacia para a Saúde e seus domínios

Relativamente à LS a maioria dos adolescentes apresenta níveis adequados. Como a LS é constituída pelo conjunto de três domínios, quer no da LS em Cuidados de Saúde,

em Prevenção de Doença e na Promoção da Saúde os adolescentes apresentam sempre maioritariamente níveis adequados em todos os domínios. No entanto, é no domínio da LS em Promoção da Saúde que os níveis são mais elevados, apesar de a diferença ser pequena entre domínios. Seguem-se os domínios da LS em Prevenção da Doença e em último o domínio da LS em Cuidados de Saúde.

Relativamente aos estudos sobre níveis de LS para a população europeia e mais precisamente a portuguesa utilizando o HLS-EU e o HLS-EU-PT (Costa; Saboga-Nunes; Costa, 2016) respetivamente, podemos verificar que os níveis de LS da amostra do nosso estudo são globalmente melhores do que a média da população portuguesa e melhores do que a média europeia. Estes resultados corroboram as conclusões referidas por Sørensen *et al.* (2015) que apontam para que os níveis de LS aumentem quando a idade diminui, tendo esta amostra entre 15 e 19 anos, pode ser uma das razões dos bons resultados. No entanto, temos uma amostra de adolescentes que frequenta o ensino secundário e Sørensen *et al.* (2015) também referem que quanto mais elevada a escolaridade mais elevados os níveis de LS.

Tendo em conta que, o presente estudo incide sobre adolescentes com faixa etária entre os 15 e 19 anos, logo parece-nos natural que apresentem níveis de LS superiores aos das amostras de estudos focando a população portuguesa anteriormente apresentados. Tomás *et al.* (2016) refere também que o nível de LS apresenta uma tendência crescente até aos 18 anos.

5.2.1. Literacia para a Saúde, seus domínios e o Sexo

A média do nível de LS é maior para cidadãos do sexo feminino (HLS-EU Consortium, 2014) (Sørensen *et al.*, 2015), sendo que cidadãos do sexo masculino tendem a ter um nível de LS ligeiramente mais baixo (HLS-EU, 2012). Também Tomás *et al.* (2015) verificaram que os valores mais elevados de LS se encontravam em adolescentes do sexo feminino. No presente estudo verificámos que na LS e LS em Cuidados de Saúde não se verificaram diferenças significativas entre sexos. Já nos domínios de LS em Prevenção da Doença e em Promoção da Saúde existem diferenças significativas entre os sexos, mas os níveis de LS nesses domínios são superiores no masculino em relação ao feminino. Relativamente à hipótese 1 aceitamos que há diferenças entre sexos, mas ao contrário do indicado na bibliografia. Sendo assim, aceitamos H1 e rejeitamos H0, ou seja, existem diferenças entre sexos.

5.2.2. Literacia para a Saúde, seus domínios e a Idade

Quanto à idade e a sua relação com a LS são os mais jovens que apresentam níveis de LS superiores (HLS-EU Consortium, 2014) (Sørensen *et al.*, 2015). No entanto, neste estudo não encontramos relação entre a idade e os níveis de LS, assim como, em qualquer dos domínios. Sendo assim, relativamente à hipótese 2 rejeitamos H1 e aceitamos H0, ou seja que não há associação entre a idade e os níveis de LS e dos seus domínios. Este resultado pode dever-se ao fato de estudarmos idades muito próximas, entre os 15 e os 19 anos, estando esta situação relacionada com a faixa etária dos alunos que frequentam o secundário nas escolas que participaram no estudo.

5.2.3. Literacia para a Saúde, seus domínios e a Escolaridade

No presente estudo encontramos a existência de uma associação entre a LS e a LS em Promoção da Saúde e o ano de escolaridade. Ou seja, quanto mais elevado o ano de escolaridade maior o nível de LS e de LS em Promoção da Saúde. Os indicadores da LS transmitem que a média do nível de LS é maior para cidadãos com nível de educação mais elevado (HLS-EU Consortium, 2014) (Sørensen *et al.*, 2015). É conhecida a relação entre o grau de escolaridade e o nível de LS: quanto mais elevado o grau de escolaridade, maior o nível de LS. Este fenómeno verifica-se em todos os países que participaram no estudo HLS-EU. Relativamente à hipótese 3, aceitamos H1, ou seja, quanto mais elevado o ano de escolaridade melhores os níveis de LS e LS em Promoção da Saúde.

Este indicador vem corroborar a importância do investimento feito por Portugal em aumentar a escolaridade e combater o insucesso escolar da sua população, tal como dados da PORDATA indicam. Indivíduos com maior escolaridade têm a tendência para maior consciência de saúde, ou seja, para se preocuparem em cuidar de si (Cho *et al.*, 2014).

5.2.4. Literacia para a Saúde, seus domínios e o *Status* Social

Existe uma correlação forte entre LS e o gradiente social, destacando a carência financeira como o mais relevante, uma vez que esta traduz uma baixa LS quando este tipo de carência aumenta, o *status* social é outro indicador à semelhança da carência financeira com uma forte correlação com a baixa LS (HLS-EU, 2012). Os indicadores da LS transmitem que a média do nível de LS é maior para cidadãos com maior *status* social, há um gradiente social na LS, assim como há para a saúde (HLS-EU Consortium, 2014) (Sørensen *et al.*, 2015). No nosso estudo, verificámos que existe uma associação significativa entre o *status* social e LS e nos domínios da LS em Cuidados de Saúde e

em Promoção da Saúde. Relativamente à hipótese 4, aceitamos H1, isto é, quanto mais elevado o *status* social melhores os níveis de LS e da LS em Cuidados de Saúde e Promoção da Saúde.

5.3. Adolescência e utilização de *Apps*

Os adolescentes ao serem questionados se consideravam ter dificuldade em utilizar aplicativos móveis no telemóvel para os ajudarem a promover a saúde, estes responderam maioritariamente ser fácil ou muito fácil. No entanto, de seguida quando questionados se de momento estavam a utilizar *apps* para promover a saúde e quais estavam a utilizar, menos de metade dos adolescentes responderam à questão e desses um pouco mais de metade responderam negativamente, ou seja, discriminaram que não estavam a usar.

No entanto, quanto à questão sobre a dificuldade em utilizar aplicativos móveis para os ajudarem a gerir a doença, estes também responderam maioritariamente fácil e muito fácil. No entanto, quando questionados se de momento estavam a utilizar *apps* para gerir a doença, a grande maioria não respondeu à questão e a resposta afirmativa foi residual. Assim, podemos dizer que os adolescentes se identificam mais com *apps* para promoção da saúde, relativamente à gestão da doença. Esta situação pode acontecer pelo facto de a adolescência ser uma fase consensualmente considerada um momento de saúde (Burt, 2002).

Cerca de 20% da amostra referiu utilizar *apps* para promover a saúde. Fox e Duggan no Pew Survey (2012) verificaram que 19% das pessoas que participaram na análise utilizavam *apps* para a saúde, assim como, Ernesting *et al.* (2016) verificaram que o mesmo acontecia com cerca de 21% das pessoas consideradas. Desta forma, os valores relativos à utilização de *apps* para a saúde do nosso estudo estão próximos do de outros estudos. A resposta a esta questão não era de carácter obrigatório, logo, apenas responderam os adolescentes que quiseram.

Alguns dos adolescentes referiram utilizar *apps* para promover a saúde sem acrescentarem qualquer especificação, enquanto outros referiram utilizar a do *smartphone*, provavelmente a que vem instalada de origem. Os adolescentes que especificaram e enunciaram as *apps* que estão a utilizar, as mais referidas estão relacionadas com a prática de exercício físico estando o resultado de acordo com os estudos de Fox e Duggan (2012), Krebs e Duncan (2015).

Neste âmbito, em primeiro lugar estão as *apps* para prática de exercício físico e de seguida a mais referida foi a de saúde feminina, nomeadamente a *Clue* e o Meu

Calendário, em que a primeira é a mais repetida. Estas *apps* relacionadas com a saúde feminina estão direcionadas para a monitorização e alerta do período menstrual, tensão pré menstrual, do período fértil e algumas permitem seguir a evolução de uma gravidez. Não aprofundámos a finalidade da utilização, mas podemos, no entanto, supor, que serão utilizadas para monitorizar o ciclo menstrual, e assim as adolescentes estarem mais seguras quando ocorre a menstruação.

Muitas das funcionalidades das *apps* poderão ser uma mais-valia, mas também poderá acontecer o oposto. Monitorizar o período fértil e outros aspetos (anexo 3) poderá ser importante para diminuir os riscos de gravidez indesejada, no entanto, para prevenir uma gravidez indesejada existem métodos anticoncecionais seguros e com proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Sabemos que os principais métodos de escolha das *apps* de saúde decorrem através de pesquisas realizadas nas “*app store*” (loja virtual de *apps*), através de amigos/família, pesquisas na web e onde a recomendação através de um médico é a menos enumerada (Krebs e Duncan, 2015).

A *app* “*Clue*” é apresentada na *app store* como o *top app* gratuito de monitoramento menstrual pelo Jornal da Obstetrícia e Ginecologia, uma publicação do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas. Logo, é importante aprofundar o conhecimento sobre a utilização destas *apps* de forma a perceber a finalidade da sua utilização, assim como, contribuir para uma correta utilização.

Ao pesquisarmos as *apps* mencionadas pelos adolescentes verificámos que as *apps* relacionadas com exercício físico são diferentes entre si. Também ao lermos as apresentações de cada *app*, não são visíveis recomendações quanto à idade para se começar a utilizar ou se existe alguma chamada de atenção para qualquer problema de saúde que a pessoa tenha *à priori*.

5.3.1. Utilização de *apps* para promover a saúde *versus* Sexo

São as adolescentes do sexo feminino que mais utilizam as *apps* em saúde (Cho *et al.*, 2014). Esta situação também foi verificada no nosso estudo, as adolescentes utilizam mais *apps* de saúde, quando analisamos ambos os sexos. Assim, no que diz respeito à hipótese 5, aceitamos H1, ou seja, existem diferenças entre sexos na utilização de *apps* para promover a saúde.

5.3.2. Utilização de *Apps* para promover a saúde *versus* Idade

Krebs e Duncan (2015) encontraram uma maior probabilidade de indivíduos mais jovens utilizarem mais *apps* em saúde. No presente estudo não encontramos qualquer associação entre a idade e a utilização de *apps* para promover a saúde. Assim, relativamente à hipótese 6, rejeitamos H1 e aceitamos H0, isto é não existe associação entre a idade e a utilização de *apps*. Uma das possibilidades será pela amplitude de idades ser pequena (15 aos 19 anos), mas é apenas uma suposição, uma vez que não encontramos bibliografia sobre o tema para a faixa etária que estudámos.

5.3.3. Utilização de *apps* para promover a saúde *versus* Escolaridade

Relativamente à utilização de *apps* para a saúde, estas são mais comuns entre indivíduos com níveis de educação mais elevados (Cho *et al.*, 2014) (Krebs; Duncan, 2015). No entanto, Ernesting *et al.* (2017) não verificaram associação quanto à utilização de *apps* para saúde e a educação, por exemplo. Apesar dos estudos anteriormente referidos trabalharem com amostra de adultos, nós também não verificámos relação entre o ano de escolaridade e a utilização de *apps* para promover a saúde. Deste modo no que diz respeito à hipótese 7 rejeitamos H1 e aceitamos H0, isto é, não existe associação entre a escolaridade e a utilização de *apps* para promover a saúde.

5.3.4. Literacia para a Saúde e domínios e a utilização de *apps* para promover a saúde

Estudámos a diferença de médias entre a LS e os seus domínios e a utilização de *apps* para promover a saúde e verificámos que não existem diferenças significativas entre a LS, LS em Promoção da Saúde e LS em Prevenção da Doença. No entanto, verificámos uma diferença significativa no que diz respeito à LS em Cuidados de Saúde e à utilização de *apps* para a promover a saúde. Assim sendo, quanto maior o nível de LS em Cuidados de Saúde maior a utilização de *apps* para promover a saúde. Há uma associação entre a LS em Cuidados de Saúde e a utilização de *apps* para promover a saúde. Logo, relativamente à hipótese 8, aceitamos H1, isto é, quanto mais elevado o nível de LS em Cuidados de Saúde, maior a utilização de *apps* para prover a saúde.

No entanto, questionamo-nos se a inexistência de associação entre a utilização de *apps* promover a saúde e os restantes domínios da LS poderá ser um problema? Apesar dos níveis de LS serem bons nesta amostra, temos o problema de as *apps* poderem ser utilizadas sem estarem adequadas à idade, fase de desenvolvimento, entre outros aspetos. Assim, existe a possibilidade de que adolescentes com níveis de LS mais baixos utilizem as *apps*. As *apps* estão à distância de um *download*, acessível a

qualquer adolescente com rede de *Internet*, sem qualquer supervisão. É uma área ainda pouco conhecida, que necessita de mais estudos.

Incentivar a utilização das TIC para promover a saúde é bom, uma vez que utilização da *Internet* em Portugal é um hábito comportamental consolidado e absoluto, o seu uso diário tem uma elevada natureza utilitária e o uso de dispositivos móveis é crescente e transversal e para os que já são utilizadores é omnipresente (Baltazar, 2014) (Markttest, 2015). Com a utilização da *Internet* é cada vez mais comum, o uso de *apps* para *smartphones* ou mensagens de texto para disseminar informação atingindo assim os cidadãos independentemente do seu nível de LS (Manganello *et al.*, 2015). A utilização de *apps* para disseminar informações é uma situação ubíqua e incontornável – alertando a própria DGS para isso nas redes sociais.

As *apps* disponíveis no separador da saúde e *fitness*, das *apps store*, não são avaliadas por instituições de referência em saúde ou mesmo por profissionais de saúde. Então, como poderemos contornar esta situação para que qualquer adolescente independentemente do seu nível de LS possa beneficiar de um ambiente de TIC seguro, quando utiliza uma *app* de atividade física, saúde feminina, alimentação saudável ou para perda de peso (por exemplo)?

6. CONCLUSÃO

O questionário “*Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?*” revela-se um questionário eficaz e uma mais-valia na recolha de informação sobre a população adolescente em Portugal. Além de integrar o questionário HLS-EU-PT, também integra diversos aspetos da vida dos adolescentes, permitindo estudos como o que foi anteriormente apresentado. Também a recolha de dados foi realizada *on-line*, podendo ser também um aspeto motivador para os adolescentes uma vez que gostam de utilizar as TIC, tal como foi referido ao longo deste estudo.

Este estudo é pioneiro quanto à área de investigação (sobre a LS) e a utilização de *apps* para promover a saúde. Sendo duas áreas pouco exploradas, a associação da utilização de *apps* e a LS, este estudo pode contribuir para a corrente europeia que procura concetualizar um modelo de LS na adolescência. Da mesma forma que o questionário HLS-EU adaptado a cada país, utilizado ao nível europeu permite a comparação entre países, o caminho parece-nos que será o mesmo no que diz respeito à população adolescente, podendo-se assim, atuar cada vez mais cedo na melhoria dos níveis de LS. O estudo de Ernsting *et al.* (2017) apesar de a amostra ser adulta (com média de idade de 35 anos) e tendo utilizado o questionário HLS-EU simplificado (com 16 questões), abre a possibilidade para considerar a utilização de um instrumento com menor número de questões.

Verificámos a associação entre a escolaridade, o *status* social e a LS, ou seja, quanto maior o ano de escolaridade e elevado o *status* social, maior o nível de LS. Quanto ao sexo verificámos que o masculino apresenta maior nível de LS em Prevenção da Doença e LS em Promoção da Saúde, e não foi encontrada qualquer associação entre o sexo e LS e LS em Cuidados de Saúde, assim como não encontrámos qualquer associação entre a idade e a LS ou em qualquer dos seus domínios.

Quanto à utilização de *apps* para promover a saúde verificámos a associação com a variável sexo, mais precisamente o sexo feminino, tal como Cho *et al.* (2014) aferiram no seu estudo. As adolescentes do sexo feminino utilizam mais *apps* para promover a saúde do que os do sexo masculino.

A associação entre a LS e a utilização de *apps* para promover a saúde foi verificada ao nível da LS em Cuidados de Saúde. Não foi verificada outra associação entre a utilização de *apps* para promover a saúde e a LS e os restantes domínios.

É curioso não existir diferenças significativas quanto à LS em Cuidados de Saúde relativamente ao sexo. Também se verifica que adolescentes do sexo feminino são quem mais utilizam as *apps*, sendo que a utilização destas apresentam uma associação

com níveis de LS em Cuidados de Saúde mais elevados. Não conseguimos explicar o porquê desta situação. Isto poderá dever-se ao facto de que são as adolescentes do sexo feminino que utilizam mais precocemente os cuidados de saúde. Assim, recomendamos a importância e a necessidade de investigar em maior profundidade este tema.

Os adolescentes que responderam estar a utilizar *apps* para promover a saúde representam um bom sinal, uma vez que poderá demonstrar o interesse em manter e/ou otimizar a sua saúde - esta visão está intimamente relacionada com a procura da saúde como um recurso para vida. No entanto isto merece um aprofundamento consistente na medida que não é imediata a associação entre esta utilização e os ganhos em saúde, que naturalmente sedimentam a promoção da saúde.

Este estudo salienta quão importante é considerar se a nível dos adolescentes podemos explorar uma visão diferente, numa fase do percurso da vida - como é reconhecida a adolescência - em que investir na saúde poderá ser o ponto de viragem para uma visão salutogénica? Explorar o que pode levar cada indivíduo a procurar manter-se saudável com o contributo das TIC, revela-se como um caminho importante a percorrer. Aqui demos somente um pequeno passo nesta perspetiva da importância dos aspetos positivos da vida.

Perante estes resultados, considera-se que foram atingidos os objetivos traçados para este estudo, ao encontrarmos resposta para a nossa questão de investigação.

7. RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES

Este estudo não permitiu perceber que critério será utilizado pelos adolescentes para escolherem esta ou aquela *app*. Apesar de não ter sido o nosso propósito, consideramos que este é um aspeto importante para a utilização eficaz e benéfica das *apps* para promover a saúde. A utilização gratuita das *apps* (Krebs e Duncan, 2015) poderá ser um critério, uma vez que na adolescência ter de dedicar recursos financeiros pode ser um obstáculo à sua utilização (Manganello *et al.*, 2015) (Skarupova *et al.*, 2016). Outro critério poderá ser a sugestão de um amigo ou o grupo de amigos (Krebs e Duncan, 2015), o que na adolescência é muito provável que aconteça, uma vez que os amigos e o grupo têm uma influência nas escolhas feitas pelos seus pares (Daniel Sampaio, 2006).

Os adolescentes utilizam *apps* para a saúde independentemente do seu nível de LS. Isto necessita de ulterior pesquisa, pois podem-se colocar algumas reservas quanto a esta utilização.

É provável que a promoção da LS passe por estratégias que utilizem as TIC, mas deve ter-se em conta que será necessário também promover a LS e seus domínios, assim como sensibilizar os profissionais de saúde e as famílias dos adolescentes no sentido de acompanharem o uso dos novos recursos tecnológicos. Seria pertinente haver uma avaliação qualitativa das *apps* onde sejam publicitadas as *apps*, que passaram por um escrutínio de qualidade e impacto na saúde dos utilizadores (isto é, se são adequadas a adolescentes).

Sabendo à partida, segundo Sampaio (2006) que os hábitos e comportamentos estabelecidos e interiorizados na adolescência se tornam cada vez mais difíceis de ser alterados, é urgente repensar estratégias que maximizem a aquisição de comportamentos saudáveis, sobretudo através das TIC.

Com o aumento do interesse sobre a LS, Kickbusch *et al.* (2006) refere que a LS deve ser integrada no currículo escolar desde uma idade jovem e as estratégias para a desenvolver devem ser vistas como parte da aprendizagem ao longo da vida. Assim, o desenvolvimento curricular deveria compreender esta área do conhecimento, em moldes mais adequados aos tempos que vivemos. O impacto social de uma disciplina escolar poderá contribuir para a divulgação da importância da LS na vida das pessoas, uma vez que pode de modo transversal chegar a todas as crianças e adolescentes na comunidade escolar.

Este papel pode ser endossado também pelas autarquias que cada vez mais assumem um papel na educação ou no desenvolvimento de recursos favoráveis à PS.

Devida à função que desempenha, o poder local tem uma posição privilegiada junto de outros parceiros dentro da comunidade. Podendo ser as autarquias as dinamizadoras das mais diversas iniciativas promotoras de LS, podem estimular outros parceiros sociais a unir esforços em iniciativas de PS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, P. - Estatística em investigação epidemiológica: SPSS: guia prático de medicina. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

ALSUBAIE, A. - The importance of investigating adolescents' health-related behaviours: an opportunity for improving public health. [Em linha]. **International Journal of Development Research**. 4:10 (2014) 2014-2018. [Consult. 20 Out. 2017] Disponível em <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/2128.pdf>

BALTAZAR, P. - Um dia das nossas vidas na Internet: estudo de hábitos digitais dos portugueses. [Em linha]. Nova Expressão: Planeamento de Media e Publicidade. Marktest, 2014. [Consult. 2 set 2017]. Disponível em <https://s3cdn-observadoronline.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/01/encarte-nova-expressao.pdf>

BANPACH, S. *et al.* - CDC grand rounds: adolescence preparing for lifelong health wellness. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. [Em linha]. 65:30 (2016) 759-762. [Consult. 11 nov. 2017]. Disponível em <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6530a2.htm>

BARR, E. *et al.* - Improving sexuality education: the development of teacher-preparation standards'. **The Journal of School Health**. 84: 6 (2014) 396-415.

BRACONNIER, A.; MARCELLI, D. – As mil faces da adolescência. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

BRÖDER, J. *et al.* - Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. [Em linha]. **BMC Journal Public Health**. 17:361 (2017) 1-25. [Consult. 19 julho 2018]. Disponível em <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-017-4267-y>

BURT, M. - Reasons to Invest in Adolescents. [Em linha] **Journal of Adolescent Health**. 31:6 (2002) 136–152. [Consult. a 19 jul. 2015] Disponível em [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(02\)00486-X/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(02)00486-X/pdf)

CHO, J. *et al.* - Determinants of adoption of smartphone health apps among college students. [Em linha]. **American Journal of Health Behavior**. 38:6 (2014) 860-70. [Consult. 16 nov 2017] Disponível em <http://cmappublic2.ihmc.us/rid=1P18XTHYG-QMS7XR-28HF/Cho%20et%20al.%20-%202014%20-%20Determinants%20of%20adoption%20of%20smartphone%20health%20apps.pdf>

COMISSÃO EUROPEIA - Livro verde sobre saúde móvel. [Em linha]. Bruxelas: DG Redes de Comunicações, Conteúdos e Tecnologia, 2014. [Consult. 19 julho 2017] Disponível em <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>

COSTA, A.; SABOGA-NUNES, L.; COSTA, L. - Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. [Em linha]. **Observações: Boletim Epidemiológico**. 17 (2016) 38-40. [Consult. 20 outubro 2017] Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/41111/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N17_2016_artigo9.pdf

DATAANGEL POLICY RESEARCH INCORPORATED - A dimensão económica da literacia em Portugal: uma análise. Lisboa: Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação, 2009.

DENNISON, L. *et al.* - Opportunities and challenges for smartphone applications in supporting health behavior change: qualitative study. [Em linha]. **Journal of Medical Internet Research**. 15:4 (2013) e86. doi: 10.2196/jmir.2583.

DESPACHO n.º 3618-A/2016. D R. 2.ª Série (16.03.10) – Estabelece o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados.

DUTE, D. J.; BEMELMANS, W.; BREDA, J. - Using mobile apps to promote a healthy lifestyle among adolescents and students: a review of the theoretical basis and lessons learned. [Em linha]. **Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth**. 4:2 (2016) e39. [Consult. 19 dez. 2017] Disponível em <http://mhealth.jmir.org/2016/2/e39/>

ERNSTING, C. *et al.* - Using smartphones and health apps to change and manage health behaviors: a population-based survey. [Em linha] **Journal of Medical Internet Research**. 19:4 (2017) 1-12. [Consult. 14 outubro 2017] Disponível em https://pdfs.semanticscholar.org/b8ac/e90df811b27c1b2e7e889304699b6ff145b7.pdf?_ga=2.205844049.358220838.1532481966-1455935681.1532481966

ESPANHA, R.; ÁVILA, P.; MENDES, R. - Literacia em saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2016.

EUROSTAT STATISTICS EXPLAINED - Archive: Internet access and use statistics: households and individuals. Brussels: Eurostat, 2016. [Em linha]. [Consult. 15 abril 2018]. Disponível em http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Internet_access_and_use_statistics_-_households_and_individuals&oldid=379591#More_than_four_fifths_of_Europeans_used_the_internet_in_2016

FARIAS, J.; LOPES, A. - Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. 12:1 (2004) 7-12.

FREIRE, P. - Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

GREENHALGH, T.- Health literacy: towards system level solutions: a new World Health Organization toolkit aimed at low and middle income countries could help reduce health inequalities in the rest of the world too. **BMJ**. 350 : h1026 (2015) 1-2.

HELSPER, E. *et al.* - Country classification: opportunities, risks, harm and parental mediation. [Em linha]. London: EU Kids Online. The London School of Economics and Political Science, 2013. [Consult. 15 novembro 2017]. Disponível em <http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20III/Classification/Country-classification-report-EU-Kids-Online.pdf>

HLS-EU CONSORTIUM - EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY CONSORTIUM - Comparative report of health literacy in eight EU member states: the European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version, date July 22th, 2014). Brussels: HLS-EU Consortium, 2015. 2015. [Em linha]. [Consult. a 14 dez. 2017]. Disponível em http://bihpr.lbg.ac.at.w8.netzwerk.com/sites/files/bihpr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf

HLS-EU-CONSORTIUM - EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY CONSORTIUM - Comparative report of health literacy in eight EU member states: the European Health Literacy Survey HLS-EU. Brussels: HLS-EU Consortium, 2012. [Em linha]. [Consult. a 14 dez. 2017]. Disponível em http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf

HOWARD, D.H.; SENTELL, T.; GAZMARARIAN, J.A. - Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. **Journal of General Internal Medicine**. 21 (2006) 857-861.

HUBER, M. *et al.* - How should we define health?. [Em linha]. **BJM**. 343 (2011) d4163. [Consult. a 14 Dez. 2017]. Disponível em <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163.full>

KAMPMEIER, R. *et al.* - The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review. **BMC Health Services Research**. 16:5 (2016) 467-479.

KICKBUSCH, I.; WAIT, S.; MAAG, S. - Navigating health: the role of health literacy. [Em linha]. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre, 2006. [Consult. 15 Nov. 2017]. Disponível em http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy

KREBS, P.; DUNCAN, T. - Health app use among US mobile phone owners: a national Survey. [Em linha]. **Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth**. 3: 4 (2015) e101. doi:10.2196/mhealth.4924.

LITERACIA-SAUDE – Literacia para a saúde. [Em linha] **Portal literacia-saude.info**. [Consult. 30 de jun de 217] Disponível em <http://literacia-saude.info/>

LIVINGSTONE, S. *et al.* - Risk and safety on the Internet: the perspective of European children: full findings. [Em linha]. London: EU Kids Online, 2011. [Consult. a 14 Nov, 2017]. Disponível em [https://www.lse.ac.uk/media%40lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20II%20\(2009-11\)/EUKidsOnlineIIReports/D4FullFindings.pdf](https://www.lse.ac.uk/media%40lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20II%20(2009-11)/EUKidsOnlineIIReports/D4FullFindings.pdf)

LÓPEZ, F.; FUERTES, A. - Para compreender a sexualidade. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família, 1999.

LOUREIRO, I.; MIRANDA N. - Promover a saúde dos fundamentos à ação. 2ª Edição. Coimbra: Edições Almeida, 2009.

MAGUIRE, E. - Exploring family risk and protective factors for adolescent problem behaviors in the Caribbean. [Em linha]. **Maternal Child Health Journal**.17:8 (2013) 1488–1498. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=7fc2c8bc-d699-4898-9676-f23ef6879cea%40pdc-v-sessmgr04>

MANGANELLO, J. *et al.* - The relationship of health literacy with use of digital technology for health information: implications for public health practice. **Journal of Public Health Management and Practice**. 23 : 4 (2015) 380-387.

MARKTEST - Maioria usa smartphone. [Em linha]. **Marktest**. (maio 2015). [Consult. 2 setembro 2017]. Disponível em <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1f2a.aspx>

MASSEY, P. *et al.* – Finding toward a multidimensional measure of adolescent health literacy. **American Journal of Health Behavior**. [Em linha]. 37:3 (2013) 342-350. [Consult. 14 Outubro 2017]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/256200769_Findings_Toward_a_Multidimensional_Measure_of_Adolescent_Health_Literacy

NUTBEAM, D. – Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. [Em linha]. **Health Promotion International**. [Consult. 2 set 2017]. 15:3 (2000) 259-267. Disponível em <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>

OECD - Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators. Paris: Organisation Organization for Economic Co-operation and Development, 20098. [Em linha]. [Consult. 18 maio 2016]. Disponível em https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/soc_glance-2008-en.pdf?expires=1534194781&id=id&accname=guest&checksum=7699F85164E615AE E3B71ED4BBA12596

OKAN, O. *et al.* - Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. [Em linha]. **BMC Public Health**. 18:166 (2018) 1-19. [Consult. a 12 Maio 2018]. Disponível em <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-018-5054-0>

OLIVEIRA, S.; CAETANO, R. – Literacia para os media e cidadania global: caixa de ferramentas. Lisboa: CIDAC, 2017.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Homepage. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. [Em linha]. [Consult. 10 junho 2015] Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

PEDRO, A.; AMARAL, O.; ESCOVAL, A. - Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 34:3 (2016) 259–275.

PORDATA - Taxa de abandono precoce de educação e formação: total e por sexo. [Em linha]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2017. [Consult. 19 Julho 2017]. Disponível em <https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+abandono+precoce+de+educa%C3%A7%C3%A3o+e+forma%C3%A7%C3%A3o+total+e+por+sexo-1350>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA - Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal. [Em linha] Lisboa: Ministério da Ciência e Tecnologia, 1997. [Consult. A 20/07/2015/]. Disponível em <http://purl.pt/239/2/>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA. DGE - Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Lisboa: Direção Geral da Educação, 2014. [Em linha]. [Consult. 17 dez. 2017]. Disponível em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/papes_doc.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ARSVT - Perfil de saúde: área de abrangência do ACES Lezíria. [Em linha]. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2013. [Consultado em 3 agosto 2016]. Disponível em http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1935/Perfil_Saude_.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ARSVT - Plano local de saúde do ACES Lezíria. [Em linha]. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2015. [Consult. Agosto 2016]. Disponível em http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1932/Plano_Local_Saude_da_Leziria_Dezembro_2015.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Plano Nacional de Saúde 2012-2016: eixo estratégico de cidadania em saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012.[Em linha]. [Consult. 17 dez 2017]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Plano Nacional de saúde 2012-2016: versão resumo. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2013. [Em linha]. [Consult. 17 dez 2017]. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Plano Nacional de saúde: extensão e revisão a 2020. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2015. [Em linha]. [Consult. 18 dez 2017]. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Programa Nacional da Saúde Escolar. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2015. [Em linha]. [Consult. 17 dez. 2017]. Disponível em <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SNS – Literacia em saúde. [Em linha]. **Portal da Literacia para a Saúde**. (16 março 2017). [Consult. 12 Agosto 2017]. Disponível em <http://literacia-saude.info/avaliacao>

PRIBERAM - Dicionário Priberam da língua portuguesa 2008-2013. Lisboa: Priberam, 2014. [Em linha]. [Consult. 19 out. 2017]. Disponível em <https://www.priberam.pt/dlpo/literacia>

RAMIRO, L. - A educação sexual na mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes. [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa, 2013. Tese de Doutoramento.

[Consult. 19 Julho 2017]. Disponível em <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF5/003785.pdf>

RIBEIRO, T. T. - Os jovens e a ética da sexualidade: contributos para um programa. Lisboa: Instituto de Bioética. Universidade Católica Portuguesa, 2013. Tese de Doutoramento.

ROCHA, F. *et al.* - Uso de apps para a promoção dos cuidados à saúde. In: SEMINÁRIO DE TECNOLOGIAS APLICADAS EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 3, Bahia, 8 a 9 de maio de 2017. Bahia: Universidade do Estado da Bahia, 2017.

SABOGA-NUNES, L. - Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. **Revista Referência**. Série III : Suplemento (2014) 95-99.

SABOGA-NUNES, L. - O Sentido de Coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 4, Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, de 17 a 19 de Abril 2000. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, 2000. 1-14.

SABOGA-NUNES, L.; FREITAS, O.; CUNHA, M. - Renasceres: um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia em saúde. **Revista Servir**. 59:1 (2016) 7-15.

SABOGA-NUNES, L.; SØRENSEN, K.; PELIKAN, J. - Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 8, Évora, Universidade de Évora, 14 a 16 de abril de 2014. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, 2014b. 1-15.

SALLIS, J.; OWEN, N.; FISHER, E. - Ecological models of health behavior. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; VISWANATH, K. ed. lit. - Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2008. p. 465-486.

SAMPAIO, D. - Lavar o mar: um olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos. Lisboa: Editorial Caminho, 2006.

SETHI, D. *et al.* - European report on child injury prevention. [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization Europe, 2008. [Consult. 10 Out. 2017] Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf

SKARUPOVA, K.; OLAFSSON, K.; BLINKA, L. - The effect of smartphone use on trends in European adolescents' excessive Internet use. [Em linha]. **Behaviour &**

Information Technology. 35:1 (2016) 68–74. [Consult. 16 outubro 2017] Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f3f7d09b-4701-4239-ad3c-c5301cbd1a2c%40sessionmgr104>

SKINNER, H. *et al.* - How Adolescents use technology for health information: implications for health professionals from focus group studies. **Journal of Medical Internet Research**. 5: 4 (2003) 1-10.

SØRENSEN, K. *et al.* - Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. [Em linha]. **BMC Public Health**. 12:80 (2012) 1-13. [Consult. 15 Out. 2017] Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-80.pdf>

SØRENSEN, K. *et al.* - Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). **European Journal of Public Health**. 25:6 (2015) 1053–1058.

STATISTA - Forecast of the smartphone user penetration rate in Portugal from 2015 to 2022. [Em linha]. [S.l.]: The Statistics Portal, 2017. [Consult. 14 Out. 2017]. Disponível em www.statista.com/statistics/568218/predicted-smartphone-user-penetration-rate-in-portugal/

TOMÁS, C.; QUEIRÓS, P.; RODRIGUES, T. - Impacto da literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse em adolescentes. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Edição Especial 2 (Fevereiro 2015) 101-106.

WEBER, M. – Ensaios de sociologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1982.

WHO - A healthy start in life. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2002. [Consult. 10 Nov. 2017]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67448/1/WHO_FCH_CAH_02.15.pdf

WHO - Child and adolescent health fact sheets on sustainable development goals: health targets. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2017. [Consult. 10 nov 2017] Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/348009/Fact-sheet-SDG-Child-and-adolescent-health-FINAL-en.pdf?ua=1

WHO - Health promotion glossary. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 1998. [Consult. 10 nov 2017] Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WHO - Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2014. [Consult. 10 Nov. 2017].
Disponível em
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1

ANEXOS

ANEXO 1

Anexo 1 Matriz dos sub índices de LS baseados no modelo conceitual do HLS-EU

(adaptado de *Sørensen et al.*, 2012)

LITERACIA EM SAÚDE	ACEDER/OBTER INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE	COMPREENDER A INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE	APRECIAR/JULGAR/ AVALIAR A INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE	APLICAR/UTILIZAR A INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE
Cuidados de saúde	Capacidade de aceder a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	Capacidade de compreender a informação médica e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações médicas	Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
PREVENÇÃO DA DOENÇA	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco	Capacidade de compreender os fatores de risco e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações relacionadas com os fatores de risco	Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Capacidade de atualização sobre questões de saúde	Capacidade de compreender a informação relacionada com a saúde e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações sobre questões relacionadas com a saúde	Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

ANEXO 2

Anexo 2: Questionário HLS-EU-PT (renasceres.net)

Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?

*Obrigatório

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

	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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 "... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 "... descobrir 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 "... descobrir onde obter ajuda especializada quando estás doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 "... compreender o que teu médico te diz? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 "... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o teu 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 instruções do teu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento receitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 "... avaliar como é que a informação oriunda do teu médico se aplica ao teu caso? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 "... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 "... avaliar quando podes 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? " (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?

*Obrigatório

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

	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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 "... seguir instruções sobre 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 teu médico ou farmacêutico? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 "... encontrar informações para gerir comportamentos que afetam a tua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 "... encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 "... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devias fazer? " (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão arterial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 "... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 "... compreender advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 "... entender porque precisas de vacinas? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 "... entender porque precisas de exames de saúde? (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 "... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 "...avaliar quando precisas de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 "... avaliar quais são as vacinas de que podes precisar? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 "... avaliar que exames de saúde precisas de fazer? (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?

*Obrigatório

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

	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 "...decidir se deves fazer a vacina contra a gripe? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 "... decidir como te podes 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 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 "... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e 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 teu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Row 5					
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, de lazer)"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 "... saber mais sobre os esforços para promover a tua saúde em meio escolar? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 "... compreender conselhos sobre saúde que te chegam dos familiares ou amigos? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 "... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?

*Obrigatório

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

	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40 "... compreender a informação que visa manter a mente saudável? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41 "... avaliar como o local onde vives, afeta a tua saúde e bem-estar? " (por ex. a tua comunidade, teu bairro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42 "... avaliar como as tuas condições de habitação te ajudam a permanecer saudável? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43 "... avaliar que comportamento diário está relacionado com a tua saúde? (por ex. beber álcool, hábitos alimentares, exercício, etc) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44 "... tomar decisões para melhorar a tua saúde? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45 "... entrar num clube de desporto ou aulas num ginásio se desejares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47 "... tomar parte das atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na tua comunidade? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 3

Anexo 3: Análise descritiva de cada item do HLS-EU-PT

[1(...) “encontrar informações sobre sintomas de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação?”]	Muito Fácil	96
		32,8%
	Fácil	160
		54,6%
	Difícil	28
		9,6%
Muito Difícil	6	
	2,0 %	
Respondo	3	
[2(...) “encontrar informações sobre tratamentos de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação?”]	Muito Fácil	72
		24,6%
	Fácil	155
		52,9%
	Difícil	51
		17,4%
Muito Difícil	9	
	3,1%	
respondo	8	
[3(...) “descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica?”]	Muito Fácil	101
		34,5%
	Fácil	147
		50,2%
	Difícil	39
		13,3%
Muito Difícil	4	
	1,4%	
responde	2	
[4(...) “descobrir onde obter ajuda especializada quando estás doente? (por ex.: junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)?”]	Muito Fácil	113
		38,6%
	Fácil	142
		48,5%
	Difícil	37
		10,9%

	Muito Difícil	4	
		1,4%	
respondo	Não sei / Não	2	
		0,7%	
[5(...) "compreender o que teu médico te diz?"]	Muito Fácil	67	
		22,9%	
	Fácil	171	
		58,4%	
	Difícil	49	
		16,7%	
	Muito Difícil	4	
		1,4%	
	respondo	Não sei / Não	2
			0,7%
[6(...) "compreender a bula (os folhetos) que acompanham o teu medicamento?"]	Muito Fácil	67	
		22,9%	
	Fácil	152	
		51,9%	
	Difícil	67	
		22,9%	
	Muito Difícil	6	
		2,0%	
	respondo	Não sei / Não	1
			0,3%
[7(...) "compreender o que fazer numa emergência médica?"]	Muito Fácil	57	
		19,5%	
	Fácil	162	
		55,3%	
	Difícil	69	
		23,5%	
	Muito Difícil	3	
		1,0 %	
	Respondo	Não sei / Não	2
			0,7 %
[8(...) "compreender instruções do teu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento receitado?"]	Muito Fácil	118	
		40,3%	
	Fácil	154	
		52,6%	
	Difícil	19	

		6,5%
	Muito Difícil	2
		0,7%
	Não sei / Não	0
	respondo	0,0%
[9(...) "avaliar como é que a informação oriunda do teu médico se aplica ao teu caso?"]	Muito Fácil	53
		18,1%
	Fácil	179
		61,1%
	Difícil	54
		18,4%
	Muito Difícil	2
		0,7%
	Não sei / Não	5
	respondo	1,7%
[10(...) "avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?"]	Muito Fácil	48
		16,4%
	Fácil	165
		56,3%
	Difícil	70
		23,9%
	Muito Difícil	9
		3,1%
	Não sei / Não	1
	respondo	0,3%
[11(...) "avaliar quando podes necessitar de uma segunda opinião de outro médico?"]	Muito Fácil	48
		16,4%
	Fácil	151
		51,5%
	Difícil	79
		27,0%
	Muito Difícil	11
		3,8%
	Não sei / Não	4
	respondo	1,4%
[12(...) "avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança? " (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)?]	Muito Fácil	52
		17,7%
	Fácil	126
		43,0%

	Difícil	90
		30,7%
	Muito Difícil	22
		7,5%
Não sei / Não respondo	3	
	1,0%	
[13(...) "usar informações que o teu médico te dá para tomar decisões sobre a tua doença?"]	Muito Fácil	60
		20,5%
	Fácil	177
		60,4%
	Difícil	51
		17,4%
Muito Difícil	0	
	0,0%	
Não sei / Não respondo	5	
	1,7%	
[14(...) "seguir instruções sobre medicação?"]	Muito Fácil	111
		37,9%
	Fácil	163
		55,6%
	Difícil	14
		4,8%
Muito Difícil	1	
	0,3%	
Não sei / Não respondo	4	
	1,4%	
[15(...) "chamar uma ambulância em caso de emergência?"]	Muito Fácil	140
		47,8%
	Fácil	123
		42,0%
	Difícil	22
		7,5%
Muito Difícil	5	
	1,7%	
Não sei / Não respondo	3	
	1,0%	
[16(...) "seguir as instruções do teu médico ou farmacêutico?"]	Muito Fácil	120
		41,0%
	Fácil	161

		54,9%
	Difícil	9 3,1%
	Muito Difícil	2 0,7%
	Não se / Não respondo	1 0,3%
[17 (...) “encontrar informações para gerir comportamentos que afetam a tua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?”]	Muito Fácil	126 43,0%
	Fácil	145 49,5%
	Difícil	16 5,5%
	Muito Difícil	1 0,3%
	Não sei / Não respondo	5 1,7%
[18(...) “encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão?”]	Muito Fácil	67 22,9%
	Fácil	151 51,5%
	Difícil	62 21,2%
	Muito Difícil	10 3,4%
	Não sei / Não respondo	3 1,0%
[19(...) “encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devias fazer? ” (por ex.: teste de açúcar no sangue, pressão arterial)?”]	Muito Fácil	81 27,6%
	Fácil	165 56,3%
	Difícil	41 14,0%
	Muito Difícil	4 1,4%
	Não sei / Não respondo	2 0,7%
[20(...) “encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o	Muito Fácil	89 30,4%

excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto?"]	Fácil	170
		58,0%
	Difícil	31
		10,6%
	Muito Difícil	3
1,0%		
Não sei / Não respondo	0	
		0,0%
[21(...) "compreender advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?"]	Muito Fácil	124
		42,3%
	Fácil	140
		47,8%
	Difícil	27
		9,2%
Muito Difícil	2	
	0,7%	
Não sei / Não respondo	0	
		0,0%
[22(...) "entender porque precisas de vacinas?"]	Muito Fácil	154
		52,6%
	Fácil	125
		42,7%
	Difícil	13
		4,4%
Muito Difícil	1	
	0,3%	
Não sei / Não respondo	0	
		0,0%
[23(...) "entender porque precisas de exames de saúde? (por ex.: teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)?"]	Muito Fácil	165
		56,3%
	Fácil	103
		35,2%
	Difícil	24
		8,2%
Muito Difícil	1	
	0,3%	
Não sei / Não respondo	0	
		0,0%
	Muito Fácil	115

[24(...) "avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?"]		39,2%
	Fácil	151
		51,5%
	Difícil	22
		7,5%
	Muito Difícil	3
1,0%		
Não sei / Não respondo	2	
	0,7%	
[25(...) "avaliar quando precisas de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?"]	Muito Fácil	93
		31,7%
	Fácil	133
		45,4%
	Difícil	61
		20,8%
Muito Difícil	1	
	0,3%	
Não sei / Não respondo	5	
	1,7%	
[26(...) "avaliar quais são as vacinas de que podes precisar?"]	Muito Fácil	63
		21,5%
	Fácil	135
		46,1%
	Difícil	87
		29,7%
Muito Difícil	6	
	2,0%	
Não sei / Não respondo	2	
	0,7%	
[27(...) "avaliar que exames de saúde precisas de fazer? (por ex.: teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)?"]	Muito Fácil	56
		19,1%
	Fácil	153
		52,2%
	Difícil	76
		25,9%
Muito Difícil	7	
	2,4%	
Não sei / Não respondo	1	
	0,3%	

[28(...) "avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos média são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)?"]	Muito Fácil	62
		21,2%
	Fácil	146
		49,8%
	Difícil	77
		26,3%
Muito Difícil	8	
	2,7%	
Não sei / Não respondo	0	
	0,0%	
[29(...) "decidir se deves fazer a vacina contra a gripe?"]	Muito Fácil	77
		26,3%
	Fácil	150
		51,2%
	Difícil	59
		20,1%
Muito Difícil	5	
	1,7%	
Não sei / Não respondo	2	
	0,7%	
[30(...) "decidir como te podes proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?"]	Muito Fácil	78
		26,6%
	Fácil	158
		53,9%
	Difícil	53
		18,1%
Muito Difícil	4	
	1,4%	
Não sei / Não respondo	0	
	0,0%	
[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)?"]	Muito Fácil	61
		20,8%
	Fácil	156
		53,2%
	Difícil	73
		24,9%
Muito Difícil	2	
	0,7%	
		1

	Não sei / Não respondo	0,3%
[32(...) “encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?”]	Muito Fácil	135 43,8%
	Fácil	144 49,1%
	Difícil	14 4,8%
	Muito Difícil	0 0,0%
	Não sei / Não respondo	0 0,0%
	Muito Fácil	121 41,3%
	Fácil	146 49,8%
[33(...) “saber mais sobre as atividades que são boas para o teu bem-estar mental? (por ex.: meditação, exercício, caminhada, pilates, etc.)?”]	Difícil	24 8,2%
	Muito Difícil	1 0,3%
	Não sei / Não respondo	1 0,3%
	Muito Fácil	65 22,2%
	Fácil	146 49,8%
[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, de lazer)?”]	Difícil	71 24,2%
	Muito Difícil	5 1,7%
	Não sei / Não respondo	6 2,0%
	Muito Fácil	55 18,8%
	Fácil	145 49,5%
[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.)?”]	Difícil	79 27,0%
	Muito Difícil	8

		2,7%
	Não sei / Não	6
	respondo	2,0%
[36(...) "saber mais sobre os esforços para promover a tua saúde em meio escolar? "]	Muito Fácil	76
		25,9%
	Fácil	158
		53,9%
	Difícil	58
		19,8%
	Muito Difícil	0
	0,0%	
	Não sei / Não	1
	respondo	0,3%
[37(...) "compreender conselhos sobre saúde que te chegam dos familiares ou amigos? "]	Muito Fácil	85
		29,0%
	Fácil	180
		61,4%
	Difícil	26
		8,9%
	Muito Difícil	1
	0,3%	
	Não sei / Não	1
	respondo	0,3%
[38(...) "compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?"]	Muito Fácil	80
		27,3%
	Fácil	159
		54,3%
	Difícil	51
		17,4%
	Muito Difícil	3
	1,0%	
	Não sei / Não	0
	respondo	0,0%
[39(...) "compreender a informação com origem nos meios de comunicação sobre a forma de te tornares mais saudável? " (por ex.: internet, jornais, revistas)?"]	Muito Fácil	84
		28,7%
	Fácil	168
		57,3%
	Difícil	39
		13,3%

	Muito Difícil	0	
		0,0%	
respondo	Não sei / Não	2	
		0,7%	
[40(...) "compreender a informação que visa manter a mente saudável?"]	Muito Fácil	80	
		27,3%	
	Fácil	158	
		63,1%	
	Difícil	26	
		8,9%	
	Muito Difícil	2	
		0,7%	
	responde	Não sei / Não	0
			0,0%
	[41(...) "avaliar como o local onde vives, afeta a tua saúde e bem-estar? " (por ex.: a tua comunidade, teu bairro)?"]	Muito Fácil	81
			27,6%
Fácil		158	
		53,9%	
Difícil		45	
		15,4%	
Muito Difícil		6	
		2,0%	
responde		Não sei / Não	3
			1,0%
[42(...) "avaliar como as tuas condições de habitação te ajudam a permanecer saudável?"]	Muito Fácil	97	
		33,1%	
	Fácil	166	
		56,7%	
	Difícil	25	
		8,5%	
	Muito Difícil	4	
		1,4%	
	responde	Não sei / Não	1
			0,3%
[43(...) "avaliar que comportamento diário está relacionado com a tua saúde? (por ex.: beber, álcool, hábitos alimentares, exercício, etc.)?"]	Muito Fácil	121	
		41,3%	
	Fácil	149	
		50,9%	
	Difícil	19	

		6,5%
	Muito Difícil	2
		0,7%
	Não sei / Não	2
	respondo	0,7%
[44(...) "tomar decisões para melhorar a tua saúde?"]	Muito Fácil	97
		33,1%
	Fácil	147
		50,2%
	Difícil	44
		15,0%
	Muito Difícil	5
		1,7%
	Não sei / Não	0
	respondo	0,0%
[45(...) "entrar num clube de desporto ou aulas num ginásio se desejares?"]	Muito Fácil	115
		39,2%
	Fácil	124
		42,3%
	Difícil	43
		14,7%
	Muito Difícil	10
		3,4%
	Não sei / Não	1
	respondo	0,3%
[46(...) "influenciar as condições da tua vida que afetam a tua saúde e bem-estar? (por ex.: ingestão de álcool, hábitos alimentares, exercício, etc.)?"]	Muito Fácil	99
		33,8%
	Fácil	152
		51,9%
	Difícil	31
		10,6%
	Muito Difícil	5
		1,7%
	Não sei / Não	6
	responde	2,0%
[47(...) "tomar parte das atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na tua comunidade?"]	Muito Fácil	107
		36,5%
	Fácil	150
		51,2%

	Difícil	30	
		10,2%	
	Muito Difícil	1	
		0,3%	
	Não sei / Não respondo	5	
		1,7%	
[69(...) "utilizar aplicativos / apps no teu telemóvel para te ajudarem a promover a saúde?"]	Muito Fácil	69	
		23,5%	
	Fácil	146	
		49,8%	
	Difícil	47	
		16,0%	
	Muito Difícil	15	
		5,1%	
	Não sei / Não respondo	16	
		5,5%	
	[70(...) "utilizar aplicativos (apps) no teu telemóvel para te ajudarem a gerir alguma doença?"]	Muito Fácil	58
			19,8%
Fácil		130	
		44,4%	
Difícil		56	
		19,1%	
Muito Difícil		22	
		7,5%	
Não sei / Não Respondo		27	
		9,2%	

	Cuidados de Saúde
	Prevenção da Doença
	Promoção da Saúde

ANEXO 4

Anexo 4: Aplicações Móveis Referidas Pelos Adolescentes

<i>App</i>	Descrição da <i>app</i>	Grupo
Saúde		Utiliza mas não específica
S saúde		Utiliza mas não específica
Aplicativos para fazer desporto e controlar os meus treinos		Utiliza mas não específica
<i>Internet</i>		Utiliza mas não específica
<i>Google</i>		Utiliza mas não específica
Saúde <i>iphone</i>		App de saúde do dispositivo
Aplicação de saúde do <i>iphpne</i>		App de saúde do dispositivo
Os que já vem com o telemóvel, por exemplo no meu		App de saúde do dispositivo

chama se saúde		
<i>SHealth</i>		App de saúde do dispositivo
<i>Hicare</i>		App de saúde do dispositivo
7 minutos Ou 7 Minutes <i>Workout</i> ou 7 minutos de treino ou	Esta aplicação de treino em 7 minutos foi concebida segundo o treino em circuito de alta intensidade, que se comprovou ser a forma mais “segura, produtiva e eficiente” de melhorar o <i>fitness</i> a nível muscular e aeróbico. Experimenta o treino em 7 minutos e torna-te mais saudável.	Exercício Físico
<i>7seven</i> ou <i>seven</i>	<p>Entrar em forma nunca foi tão fácil ou tão divertido. Os treinos do <i>Seven</i> são baseados em estudos científicos para oferecer o máximo de benefícios no menor tempo possível. Com planos de treino personalizados, o <i>Seven</i> também garante que aproveita o treino ao máximo.</p> <p>PORQUÊ O SEVEN?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treine em qualquer lugar, a qualquer hora, sem precisar de equipamentos; • Crie o hábito de se exercitar com o desafio de treino diário da <i>app</i>; • Compita com amigos para ter estímulo e apoio adicionais; • Colecione conquistas, desde iniciante até atleta, conforme varia de rotina; • Crie treinos personalizados para as suas necessidades e preferências; • Divirta-se com instrutores como o <i>Drill Sergeant</i>, o motivador e muitos mais. <p>UNA-SE AO CLUBE 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenha resultados mais rápidos com planos de treino personalizados de acordo com a sua condição física; • Aceda a todos os treinos e mais de 200 exercícios para treinos mais variados; • Receba suporte e orientação exclusivos do nosso <i>personal trainer</i> certificado. 	Exercício Físico

30 dias de Exercício	<p>Melhor <i>App</i> de 2016, topo de tendências superior e melhor <i>App</i> de autoaperfeiçoamento selecionado pelo <i>Google play</i>.</p> <p>Treinos em casa, adequados para todas as pessoas e todos os momentos. Desenhado por instrutores profissionais, o Desafio Fitness de 30 Dias ajuda a melhorar cientificamente a forma física e a saúde. Seja perseverante e testemunhará resultados fantásticos.</p>	Exercício Físico
<i>Training Peaks</i>	<p>O <i>on-the-go</i> companheiro para triatletas, ciclistas e corredores que são sérios sobre a realização de seus objetivos.</p> <p>O <i>TrainingPeaks</i> livre sincroniza aplicativos móveis com o sítio <i>TrainingPeaks.com</i>, presta um serviço web completo, incluindo soluções móvel e desktop para o acompanhamento, análise e planeamento do treino.</p>	Exercício Físico
<i>Fitness e musculação Simetria Muscular musculação plus</i>	<p>Auxilia na evolução corporal com base nas necessidades do seu corpo. Exercícios, Biótipo Corporal, Simetria Corporal, Consumo Proteico e Calórico, Índice de Massa Corporal, Gordura corporal, Dicas e Dicionário Fitness</p>	Exercício Físico
Google fit	<p>Monitoriza a sua atividade sem esforço. Enquanto caminha, corre ou anda de bicicleta ao longo do dia, o telemóvel ou o relógio <i>Wear OS by Google</i> regista automaticamente a sua atividade com o <i>Google Fit</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenha estatísticas imediatas. • Atinja os seus objetivos de <i>fitness</i>. • Meça o seu bem-estar. O <i>Google Fit</i> agrega informações de outras aplicações para monitorizar dados de <i>fitness</i>, nutrição, sono e peso: <i>Wear OS by Google</i>, <i>Nike+</i>, <i>Runkeeper</i>, <i>Strava</i>, <i>MyFitnessPal</i>, <i>Lifesum</i>, <i>Basis</i>, <i>Sleep as Android</i>, <i>Withings</i> e pulseiras <i>Xiaomi Mi</i>. <p>• Aceda em qualquer lugar. Monitorize o seu progresso a partir do telemóvel, <i>do tablet</i>, da <i>Web</i></p>	Exercício Físico

	(<i>fit.google.com</i>) e até mesmo do seu relógio <i>Wear OS</i> .	
Bodyweight Fitness	<p>Oferece proporcionar uma mudança saudável na sua vida, tornando-se mais ativo, consciente e motivado.</p> <p>Os exercícios são apresentados de forma fácil e simples de entender.</p> <p>Escolha exercícios relevantes para o seu nível de preparação física nas seções indicadas. Pode escolher a dificuldade de progressão para alguns exercícios.</p> <p>Registe os seus treinos.</p> <p>O temporizador salva automaticamente o seu progresso para o registo de treino.</p> <p>Assista a vídeos completos para cada exercício.</p> <p>Workout Log permite acompanhar o seu progresso com gráficos e estatísticas.</p>	Exercício Físico
Garmin Connect	<p>O Garmin Connect™ é a sua fonte de dados de saúde e de <i>fitness</i>. Quer esteja a treinar para uma corrida ou a monitorizar os passos que dá, fornece-lhe informações e a inspiração de que precisa para superar resultados anteriores.</p>	Exercício Físico
Nike Training Club	<p>Entre em forma com mais de 150 treinos gratuitos em uma variedade de desafios para todo o corpo. Desde força e resistência, a mobilidade e ioga, com a ajuda de nossos treinadores mestres de nível internacional da <i>Nike</i> em todos os exercícios. Se procura estrutura, os nossos planos de treino personalizados adaptam-se a si e à sua agenda, para que possa alcançar o corpo dos seus sonhos; seja um atleta experiente ou iniciante. Treinos a qualquer momento, em qualquer lugar, recomendações para treinos personalizados, planos de treino flexíveis desenvolvidos para si, treinos para todos os níveis.</p> <p>É a sua <i>app</i> de corrida e caminhada.</p>	Exercício Físico

Run Club	<p>Agora, pode ter um treinador de corridas Nike+ para ensinar tudo o que precisa para caminhar, correr e praticar atividades físicas.</p>	
Pump Up	<p>Começar a compartilhar sua viagem e vai ter um grupo de apoio presente para o manter sempre motivado!</p> <p>Quer se trate de exercícios, peso, ou atividades, PumpUp tem as ferramentas necessárias para levar uma vida saudável. Descubra as melhores rotinas de treino criadas por membros da comunidade, e ser guiado através do seu treino com demonstrações de vídeo e comandos de voz para mais de 700 exercícios.</p>	Exercício Físico
Treinos Diários**	<p>Treinos Diários GRÁTIS faz parte da série de aplicações de Treinos Diários que contêm rotinas rápidas e eficazes de exercícios diários para homens e mulheres que indicam uns dos melhores exercícios que pode fazer no conforto da tua própria casa. Estes exercícios comprovados, demonstrados por um <i>personal trainer</i> certificado, têm como alvo todos os principais músculos. Perder apenas uns minutos por dia pode fortalecer e tonificar o seu corpo.</p>	Exercício Físico
Runtastic	<p>É um aplicativo de corrida e caminhada. Para quem quer começar a correr, caminhar, pedalar e ter uma vida mais saudável. Com treinos de corrida intervalada e outros recursos desenvolvidos para motivar e melhorar a sua performance, Runtastic acompanha e monitora suas atividades físicas – um <i>app</i> perfeita para entrar em forma, perder peso e viver melhor.</p>	Exercício Físico
Sworkit	<p>Sworkit permite que cada pessoa personalize e reproduza Vídeos de Exercícios Personalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escolha entre força, cardio, ioga ou alongamento. - Escolha qualquer tempo entre 5 a 60 minutos. - Siga as instruções do vídeo para saber exatamente o que fazer! 	Exercício Físico
Tehnicos	<p>Thenics ajuda a alcançar habilidades impressionantes de calisthenic e dos músculos. Há</p>	Exercício Físico

	muitos desportos de tendência (Rua treino, CrossFit) e Movimentos Calistehnic (barra Brothers, Barstarzz).	
Train& Run Adidas	O Aplicativo Adidas Treino e Corrida inclui centenas de planos de treino gratuitos criados pelos treinadores de elite da Adidas para o ajudar a perder peso, modelar e tonificar o corpo, fortalecer a musculatura e aumentar a flexibilidade. Os planos de treino gratuitos vão ajudá-lo a aprender a correr ou/e preparar-se para provas, sejam elas de 5km ou maratonas.	Exercício Físico
<i>Android</i> <i>Sleep</i> <i>Twilight</i>	Se tem dificuldade em adormecer, ou os seus filhos ficam hiperativos quando jogam no tablet antes de dormirem, o aplicativo <i>Twilight</i> faz a tela do seu dispositivo se adaptar ao período do dia. Ele filtra o espectro azul em seu telefone ou <i>tablet</i> depois do pôr-do-sol e protege seus olhos com um suave e agradável filtro vermelho. A intensidade do filtro é ajustada suavemente ao ciclo solar baseada no pôr e nascer-do-sol locais.	Sono
<i>Clue*</i>	Clue é um app de saúde feminina que usa a ciência e dados para ajudar a descobrir os padrões únicos no ciclo menstrual. Lembrará sobre a menstruação, TPM e janela fértil. Use o Clue, para: +Saber quando chega sua próxima menstruação; +Obter lembretes para sua próxima menstruação, TPM e período fértil; - Descobrir os padrões únicos do seu ciclo; - Monitorar sexo, dor, humor, pílulas, anticoncepcionais e temperatura corporal basal; - Conecte-se com parceir@s, amig@s e família a abrir-se à conversa sobre saúde menstrual. O Clue também inclui: - A garantia de que não haverão eufemismos. - Descrições detalhadas sobre o ciclo menstrual, com referências médicas e científicas.	Saúde feminina

	<ul style="list-style-type: none"> - 28 categorias de rastreio, incluindo a menstruação, cólicas, emoções, peso, pele, cabelo, sono, exercício, energia, desejos e muito mais. - Análise dos ciclos atuais e do passado, juntamente com uma média geral, para melhor entender as tendências. -Um algoritmo que aprende com as informações inseridas. Quanto mais o usar, mais inteligente ele ficará. -Uma senha pessoal para proteger a privacidade. - A opção de criar uma conta para fazer <i>backup</i> dos dados ou se colocar o login noutros aparelhos. <i>Clue</i> é classificado como o top app gratuito de monitoramento menstrual pelo jornal da obstetrícia e Ginecologia, uma publicação do colégio americano de obstetras e ginecologistas. 	
<p>Meu Calendário</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confira risco de gravidez todos os dias no seu calendário. - Envie dados de <i>backup</i> para a conta <i>Google</i> e restaurar a partir dele. - <i>Backup</i> dos seus dados do registro do período, para o <i>smartphone</i> e <i>email</i>. - Controlador de ciclos, controlador de períodos: mais exatidão nas datas. - <i>Design</i> único e diário pessoal. - 43 sintomas e 64 humor para escolher. - Modo de gravidez para quando engravidar ou tiver terminado o período gestacional. - Notificações de período, fertilidade e ovulação gestor de registros. - Gráficos de peso e de temperatura. - Controlador e previsão de datas do ciclo menstrual. - Personalize a duração do seu período, ciclo e o da sua ovulação. 	<p>Saúde feminina</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Pode escolher os dados de 1, 3 ou todos os meses, como média da duração do seu ciclo. - Proteções de segurança e privacidade. - Adicione várias contas, para registar períodos de diferentes pessoas. - Restaure dados do controlador de período, do cartão SD ou do <i>e-mail</i>. - Aplicativo disponível em português e opções de línguas. 	
Clue* e o Waterminds	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Obtenha ajuda com <i>WaterMinder</i>®, um aplicativo fácil e intuitiva para controlar sua ingestão de água. Com base no seu peso corporal (ou o seu objetivo pessoal), <i>WaterMinder</i>® irá lembrá-lo a beber água para atingir suas metas diárias. Ao ver corrente de enchimento de água visualmente e em percentagem saberá imediatamente o quão bem está hidratado!</p>	Saúde Feminina e Hidratação
Clue* e treinos Diários**	<p style="text-align: center;">*</p> <p style="text-align: center;">**</p>	Saúde Feminina e Exercício Físico
Sleep	Pode ser aplicação para ajudar adormecer com, musica relaxante, <i>Sleep cycle, Recolor, Sleep time, Pillow, Relax and sleep well, Digipill, Good morning alarm clock, Pzizz, Noisli</i> .	Sono

- As *apps* referidas sem as frequências em cada uma)
- Contabilizadas 16 *apps* relacionadas com a atividade física, duas (2) de saúde feminina relacionada com o sistema reprodutor, uma (1) de hidratação e uma (1) relacionada com o sono.