



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Avaliação do nível de literacia em saúde e a sua relação com o
índice de massa corporal nos professores em Portugal**

XII Curso de Gestão da Saúde

Cláudia Alexandra Marques Parreira de Sousa

Setembro de 2020



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Avaliação do nível de literacia em saúde e a sua relação com o
índice de massa corporal nos professores em Portugal**

XII Curso de Gestão da Saúde

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Escoval e Doutora Ana Rita Pedro

Cláudia Alexandra Marques Parreira de Sousa

Setembro de 2020

AGRADECIMENTOS

A realização da presente dissertação de mestrado, pela sua exigência e complexidade, somente foi possível com o apoio de pessoas especiais e maravilhosas, que ao longo desta grande e árdua caminhada disponibilizaram um apoio incondicional. A todos eles o meu muito obrigada!

Quero começar por agradecer à minha orientadora, Doutora Ana Rita Pedro por todo o seu grande apoio, pela ajuda na escolha do tema, pela atenção, pela disponibilidade, pelo conhecimento transmitido, pelo perfeccionismo, rigor e dedicação e a excelente orientação prestada ao longo do estudo e pelas grandes conversas em torno de diversos temas.

Agradeço à Professora Doutora Ana Escoval, a qualidade do ensino prestado, a elevada exigência e o contributo prestado durante a realização do estudo.

Ao Ricardo, meu marido e ao Guilherme, meu filho, por me acompanharem nesta jornada e me apoiarem incondicionalmente. Por terem abdicado de muito tempo e incentivando-me para que eu conseguisse terminar. Por ser, além de meu marido, o meu maior e melhor amigo.

Aos meus pais, por todo o seu apoio incondicional, dedicação, disponibilidade, amor, pela presença em todas as circunstâncias, pelas palavras e gestos de ternura, conforto, proteção e compreensão. São um exemplo enquanto pais e amigos.

À minha querida irmã, Patrícia, que muito apoio me deu, sempre preocupada comigo, ensinando-me a ser competitiva, desistir não é opção, para se conseguir chegar à meta.

Às minhas sobrinhas, Sara e Rita, bem-dispostas, que com grandes sorrisos e beijinhos me ajudaram a continuar.

Aos meus dois grandes cunhados, Bruno e Daniel, que com brincadeiras e risadas me enchiam os dias e me deram força para continuar. Para além de meus cunhados, grandes amigos e irmãos.

Aos meus sogros, pela preciosa ajuda e apoio com o meu filho.

Gostaria de agradecer a toda a minha família, por me apoiar e incentivar a alcançar os meus objetivos.

Um agradecimento especial à Alexandra Balsas, pela sua amizade, pelo seu incentivo, pela sua paciência, pelas longas conversas e palavras amigas. É um privilégio trabalhar contigo.

À Alexandre Fernandes pelas palavras amigas e disponibilidade no trabalho estatístico.

A todos os participantes do estudo que sem a sua forte adesão não teria sido possível chegar aqui.

A todos que de uma forma direta ou indireta me fizeram chegar aqui. O caminho foi longo, duro, árduo, mas com o apoio de todos saio vitoriosa.

A todos, o meu sincero muito obrigada!

Índice

ÍNDICE DE TABELAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE GRÁFICOS.....	ix
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	xi
RESUMO.....	xiii
ABSTRACT	xv
1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. Conceito de literacia em saúde.....	5
2.2. Literacia em saúde em Portugal	7
2.3. Importância da literacia em saúde nas populações.....	9
2.4. Índice de massa corporal como parâmetro antropométrico para avaliação do estado nutricional	12
2.5. Excesso de peso e obesidade em Portugal – custos associados	14
2.6. Atividades promotoras de literacia em saúde.....	18
2.7. O papel dos professores na promoção da saúde e da literacia em saúde	21
3. METODOLOGIA.....	25
3.1. Pergunta de investigação primária.....	25
3.2. Objetivos	25
3.2.1. Objetivo geral	25
3.2.2. Objetivos específicos.....	25
3.3. Desenho do estudo.....	26
3.4. Operacionalização das variáveis	28
3.5. População e amostra.....	32
3.5.1. Critérios de inclusão	32
3.6. Procedimentos de recolha de dados.....	33
3.7. Variáveis construídas	33

3.8.	Plano de tratamento de dados.....	35
3.8.1.	Análise estatística univariada	36
3.8.2.	Análise estatística bivariada	38
3.9.	Considerações éticas	40
4.	RESULTADOS	41
4.1.	Análise estatística univariada	41
4.1.1.	Caracterização da amostra.....	41
4.1.2.	Caracterização da literacia em saúde da amostra em estudo.....	43
4.1.3.	Avaliar o nível de literacia em saúde da amostra.....	45
4.1.4.	Caracterizar a amostra quanto ao perfil de saúde	46
4.2.	Análise estatística bivariada	49
4.2.1.	Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características sociodemográficas da amostra	49
4.2.2.	Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características profissionais.....	52
4.2.3.	Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e o perfil de saúde da amostra	54
5.	DISCUSSÃO	61
6.	CONCLUSÕES	69
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
8.	ANEXOS	I
	Anexo 1 – <i>Sample Size Calculator</i>	III
	Anexo 2 – Pedido de colaboração aos agrupamentos escolares.....	VII
	Anexo 3 – Consentimento informado	XI
	Anexo 4 – Questionário: Avaliação do nível de literacia em saúde e a sua relação com o Índice de Massa Corporal nos professores em Portugal.....	XV

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência da pré-obesidade e obesidade em Portugal.....	16
Tabela 2 – Risco relativo de problemas de saúde associados à obesidade.....	17
Tabela 3 – Operacionalização das variáveis.....	29
Tabela 4 – Escala de classificação dos níveis de literacia em saúde.....	33
Tabela 5 – Categorias do Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	34
Tabela 6 – Análise estatística univariada.....	36
Tabela 7 – Análise estatística bivariada.....	39
Tabela 8 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	42
Tabela 9 – Caracterização da amostra pela idade	43
Tabela 10 – Caracterização profissional da amostra.....	43
Tabela 11 – Distribuição da amostra por número e percentagens ao Questionário Europeu de Literacia em Saúde.....	44
Tabela 12 – Correlações entre Literacia em Saúde e Idade.....	50
Tabela 13 – Comparação da Literacia em Saúde em função do sexo	50
Tabela 14 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Sexo).....	50
Tabela 15 – Correlação entre Literacia em Saúde e Grau Académico.....	51
Tabela 16 – Correlação entre Literacia em Saúde e Grau Académico.....	51
Tabela 17 – Análise descritiva da correlação entre Literacia em Saúde e Responsabilidade por aquisição e confeção alimentar.....	52
Tabela 18 – Comparação da Literacia em Saúde em função do Estabelecimento de Ensino	52
Tabela 19 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Estabelecimento de Ensino)	52
Tabela 20 – Análise descritiva da correlação entre Literacia em Saúde e Grau Académico de Ensino	53
Tabela 21 – Teste Post Hoc - Comparações Múltiplas (Literacia em Saúde e Níveis de Ensino)	54

Tabela 22 – Análise descritiva da correlação entre Literacia em Saúde e Doenças Cardiometabólicas	55
Tabela 23 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Obesidade)....	55
Tabela 24 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Diabetes).....	55
Tabela 25 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Hipertensão Arterial).....	56
Tabela 26 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Hipertensão Arterial	56
Tabela 27 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Doença Cardiovascular).....	57
Tabela 28 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Hipercolesterolemia).....	57
Tabela 29 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Hipercolesterolemia	57
Tabela 30 – Correlações entre Literacia em Saúde e Número de Doenças Cardiometabólicas em Simultâneo.....	58
Tabela 31 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Número de Doenças Cardiometabólicas em Simultâneo.....	58
Tabela 32 – Análise descritiva da correlação entre Literacia em Saúde e Morbilidade	59
Tabela 33 – Correlações entre Literacia em Saúde e Morbilidade	59
Tabela 34 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Morbilidade	59
Tabela 35 – Correlações entre Literacia em Saúde e Índice de Massa Corporal	60
Tabela 36 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Índice de Massa Corporal	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Major <i>stakeholders</i> envolvidos em literacia em saúde.....	9
Figura 2 – Valores de corte para o Índice de Massa Corporal.....	
Figura 3 – Prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade), em Portugal	15
Figura 4 – Prevalência da obesidade.....	16
Figura 5 – Prevalência de baixo peso, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade da população infantil portuguesa (6-8 anos) nas diferentes fases COSI Portugal (2008 a 2016)	17
Figura 6 – Pontos potenciais para intervenção no quadro conceptual da literacia em saúde.....	
Figura 7 – Modelo Teórico <i>Health Literacy Survey</i>	27
Figura 8 – Matriz: relação entres os três domínios e as quatro dimensões de literacia em saúde.....	27

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentagens Níveis de Literacia em Saúde Geral, Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde	46
Gráfico 2 – Percentagens de doenças cardiometabólicas.....	47
Gráfico 3 – Percentagens de doenças cardiometabólicas em simultâneo.....	48
Gráfico 4 – Percentagens das classes de Índice de Massa Corporal.....	49

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

EUA – Estados Unidos da América

HALS – *Health activities literacy scale*

HLS – EU – European Health Literacy Survey

HLS – EU – PT – *European Health Literacy Survey para Portugal*

HLS – EU – Q16 – *European Health Literacy Survey – questionnaire 16*

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg – Quilogramas

m – metro

NAAL – *National Assessments of Adult Literacy*

NVS – *Newest Vital Sign*

OMS – Organização Mundial da Saúde

REALM – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TOFHLA – *Test of functional health literacy in adults*

RESUMO

Introdução: A literacia em saúde apresenta-se na atualidade como uma temática com grande destaque pela sua influência em diversas áreas da gestão da saúde, bem como na promoção de uma melhor condição de saúde das comunidades. A literacia em saúde das comunidades pode ser influenciada por diversos fatores, tais como o nível de instrução, rendimentos financeiros, condição socioeconómica e idade, e pode ter impacto também no desenvolvimento de doenças, como a obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e cancro. Sendo a literacia em saúde uma estratégia fundamental para a educação e a promoção para a saúde, sendo os ambientes escolares os locais propícios para estas ações, os professores, em qualquer dos níveis de ensino, têm um papel preponderante enquanto mediadores de literacia e conhecimentos em saúde.

Objetivos: (i) avaliar o nível de literacia em saúde dos professores a nível nacional; (ii) aferir a sua relação com seu índice de massa corporal; (iii) aferir a sua relação com a presença de doenças cardiometabólicas; (iv) analisar a relação entre o nível de literacia em saúde com as características sociodemográficas da amostra, com as características profissionais e com o perfil de saúde da amostra.

Metodologia: Para a concretização dos objetivos foi realizado um estudo observacional, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa para recolha e análise de informação. A informação foi recolhida através do preenchimento de um questionário em formato digital, enviado por endereço eletrónico.

Resultados: Da amostra em estudo ($n=1157$) 34,3% apresenta um nível inadequado de literacia em saúde. No subíndice promoção de saúde a percentagem é de 28%, no subíndice cuidados de saúde a percentagem é de 31,5%; no subíndice de prevenção da doença os valores aumentam para 37,1%. Observou-se uma correlação negativa entre a literacia em saúde e o índice de massa corporal ($r = -0,063$ e $p = 0,032$). Este aumenta para os inquiridos que apresentam peso normal (42,9% inadequado; 47,7% problemático; 58,6%, suficiente e 56,8% excelente). No entanto para os inquiridos que apresentam excesso de peso já se observa o contrário, o nível de literacia em saúde diminui (56,0%; 49,7%; 40,0% e 40,8%).

O score de literacia em saúde dos inquiridos com doença cardiometabólica é inferior em comparação com os que não apresentam. Tendo sido apurada uma correlação entre a literacia em saúde e a hipertensão arterial ($p = 0,001$), sendo os inquiridos que não apresentam a patologia que detêm em maior percentagem os níveis suficiente (86,7%) e excelente (90,1%). Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas

entre o nível de literacia em saúde e a hipercolesterolemia ($p = 0,022$), em percentagens superiores são os inquiridos com a doença que se encontram nos níveis inadequado e problemático de literacia em saúde. Não tendo sido observadas relações com a obesidade, diabetes e doença cardiovascular.

Na amostra em estudo, observou-se uma correlação positiva entre a literacia em saúde e o grau académico. O score de literacia em saúde foi significativamente diferente segundo o nível de ensino onde exercem a função de professor, em que a média foi inferior entre os inquiridos que lecionam no pré-primário.

Conclusões: Tendo em conta que os comportamentos de saúde e de vida das populações são influenciados e/ou determinados por diversos fatores, a promoção da literacia em saúde torna-se fundamental para contrariar a situação. A análise dos resultados revela que o nível de literacia em saúde dos inquiridos é superior à média nacional, no entanto, tendo em conta as características da amostra no que diz respeito à escolaridade e visto estes terem uma elevada responsabilidade como principais agentes ou mediadores de promoção de literacia em saúde na infância, este resultado poderá ser preocupante.

Existe relação entre o nível de literacia em saúde e o índice de massa corporal, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e número de doenças cardiometabólicas em simultâneo, patologias estas bastante influenciáveis por comportamentos modificáveis, nos quais a literacia em saúde pode ter um papel preponderante. Tendo em consideração que, a par da família, os professores são os principais mediadores de literacia em saúde na infância, a promoção da literacia desta população é fundamental e urgente, alinhada com as estratégias nacionais.

Palavras – chave: Literacia em Saúde, Índice de Massa Corporal, Promoção da Saúde, Professores.

ABSTRACT

Introduction: Health literacy is currently a subject with great importance in various areas of health management, as well as in better health conditions promotion in several communities. Community health literacy can be influenced by a number of factors, such as education level, financial income, socioeconomic status and age, and can affect the development of obesity, diabetes, cardiovascular disease and cancer. Health literacy promotion is a fundamental strategy for health education and health promotion, with school environments being the propitious places for these actions. Teachers, at any level of education, have a leading role as mediators of literacy and knowledge in health in this context.

Objectives: (i) to assess the level of health literacy of Portuguese teachers; (ii) to measure its relationship with its body mass index; (iii) to assess its relationship with the presence of cardiometabolic diseases; (iv) to analyze the relationship between the level of health literacy with sociodemographic characteristics, professional characteristics and health profile.

Methodology: To achieve the aims, an observational, cross-sectional, descriptive study was carried out, with a quantitative approach for collecting and analyzing information. The information was collected by completing a questionnaire in digital format, sent by email.

Results: The finding showed that 34.3% of the Portuguese teaches ($n=1157$) has an inadequate level of health literacy. In the health promotion sub-index, the percentage is 28%, in the health care sub-index the percentage is 31.5%; in the disease prevention sub-index, the values increase to 37.1%. From the bivariate statistical analysis, a negative correlation was observed between health literacy and body mass index ($r = -0.063$ and $p = 0.032$). The level of health literacy increases when observed respondents who has normal weight (42.9% inadequate; 47.7% problematic; 58.6%, sufficient and 56.8% excellent). However, respondents who has overweight, the opposite is observed, the level of health literacy decreases (56.0%; 49.7%; 40.0% and 40.8%).

The health literacy level in respondents with cardiometabolic disease is lower compared to those who do not. A correlation was found between health literacy and hypertension presence ($p = 0.001$). It was found that there are statistically significant differences between the level of health literacy and hypercholesterolemia ($p = 0.022$). No relationship was observed with obesity, diabetes and cardiovascular disease.

Concerning personal characteristics, a positive correlation was observed between health literacy and academic degree, health literacy level increases according to the respondent's academic degree. The health literacy level was significantly different according to the level of education where they exercise the role of teacher, where the average was lower among respondents who teach in pre-primary level. There were no significant differences between sex, age, responsibility for purchasing and cooking food, type of establishment where they work as teacher,

Conclusions: Concerning that people health and life behaviors are influenced and determined by several factors, the promotion of health literacy becomes essential to change the situation. The analysis of the results reveals that, despite the level of health literacy of respondents being higher than the national average, analyzing their personal characteristics such as academic degree and the role that they have as health literacy mediators in childhood, this result may be worrying.

There is a relationship between the level of health literacy and the body mass index, arterial hypertension, hypercholesterolemia and the number of cardiometabolic diseases at the same time, pathologies that are quite influenced by modifiable behaviors, in which health literacy can play a predominant role. Bearing in mind that, alongside the family, teachers are the main mediators of health literacy in childhood, the promotion of literacy among this population is fundamental and urgent, in line with national strategies.

Keywords: Health Literacy, Body Mass Index, Health Promotion, Teachers.

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação insere-se no âmbito do XII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, lecionado na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa.

O interesse pela problemática literacia em saúde e a sua relação com o índice de massa corporal nos professores de Portugal surgiu devido à importância que os mesmos apresentam na transmissão de conhecimentos e competências para os alunos, com o objetivo de potenciarem as escolhas e comportamentos saudáveis. Esta preocupação consolidou-se na sequência da minha carreira profissional como nutricionista com grande foco na área comunitária e saúde pública.

Qualquer investigação na área da saúde não pode deixar de ter como referência base, a definição de Saúde da Organização Mundial da Saúde ¹:

health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Na atualidade a literacia em saúde tem apresentado um elevado destaque, devido à sua importância para a promoção de uma melhor condição de saúde, melhor utilização dos serviços e otimização dos gastos em saúde.

O conceito de literacia em saúde surgiu em 1974 ², estando intimamente ligado a questões de promoção de saúde. Após esta data, o conceito tem vindo a evoluir, através do contributo de vários autores, demonstrando assim a sua importância como fator determinante na manutenção ou melhoria das condições de saúde das populações.

Para *Sorensen et al.* ³ a definição de literacia em saúde é apresentada como:

the knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life throughout the course of life.

A literacia em saúde das sociedades apresenta grande impacto nos comportamentos e escolhas individuais, que por sua vez influenciam o sistema ⁴. A avaliação da mesma através de ferramentas é fundamental, para tal na presente investigação utilizou-se o HLS-EU-Q16. Este questionário classifica o inquirido tendo em conta quatro níveis de literacia (inadequada, problemática, suficiente e excelente).

O *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), foi utilizado em Portugal num estudo de 2014, permitindo compreender, a capacidade de as pessoas acederem,

compreenderem, analisarem e utilizarem a informação de saúde nos domínios da utilização dos cuidados de saúde, da promoção da saúde e prevenção da doença e possibilitou a comparação dos resultados em Portugal com os resultados dos países onde o mesmo questionário foi aplicado ⁵.

Nas agendas política e de investigação nacionais, a promoção da literacia em saúde dos cidadãos é uma temática com grande importância, com a finalidade de dotar os mesmos com competências para a tomada de decisão e na definição de prioridades no que concerne à saúde e na definição de objetivos de saúde de forma a ser-lhes possível o planeamento da sua saúde ao longo da vida ^{3,5,6}.

Associada aos níveis de literacia em saúde, temos a qualidade de vida dos cidadãos, mas também os custos, os ganhos e a organização dos sistemas de saúde ⁴. Baixos níveis de literacia em saúde, limitam a capacidade individual de seleção e interpretação de informação, com vista à aquisição de informação necessária para a tomada de decisão referente ao processo de saúde ⁷. Estes níveis são influenciados e ou determinados por diversos fatores, tais como nível de instrução, rendimentos financeiros, condição socioeconómica e idade e podem influenciar a utilização dos serviços de saúde, em especial os de urgência ⁸. Para tal, a educação para a saúde e comportamentos saudáveis é uma ferramenta estratégica para a promoção da saúde, sendo as escolas o local preferencial para a passagem de conhecimentos de saúde.

Baixos níveis de literacia em saúde, são fatores de risco para o desenvolvimento de diversas doenças, tais como, obesidade ⁹, diabetes ¹⁰, doenças cardiovasculares ¹¹ e cancro ¹² e causa de morte precoce nos mais idosos ¹¹. De salientar ainda que uma baixa literacia em saúde está intimamente relacionada com valores superiores de índice de massa corporal ⁹.

Em Portugal, o excesso de peso e obesidade na população é bem visível, tornando-se essencial a intervenção, no que concerne a mudanças de hábitos alimentares e também na promoção da literacia ¹³⁻¹⁷. Esta patologia apresenta um grande impacto ao nível individual, social e também económico, o que poderá representar um possível risco à sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde ¹⁸.

A promoção da saúde e da literacia em saúde tornam-se essenciais em ambientes escolares, com o propósito de capacitação das crianças, aproveitando a elevada capacidade que estes apresentam na aquisição de novos conhecimentos e à influência que têm junto dos adultos próximos.

Na atualidade tem-se observado um aumento crescente de despesas em saúde e uma necessidade elevada de reduzir os custos em saúde, parece pertinente aferir os níveis de literacia em saúde e a sua relação com o índice de massa corporal. É nesta situação que a gestão da saúde, apresenta grande destaque, porque quanto maior a literacia em saúde, quanto maior for a qualidade da informação transmitida mais acertadas serão as decisões tidas pelos cidadãos referentes à sua qualidade de vida e saúde.

No sentido de facilitar a compreensão e proporcionar uma melhor organização dos conteúdos, este trabalho foi dividido em seis capítulos essenciais: Introdução; Enquadramento; Metodologia; Resultados; Discussão e Conclusões.

No enquadramento teórico, apresentou-se os conceitos e dados de investigação atuais acerca da temática, mais concretamente o conceito de literacia em saúde, qual a sua importância, estudos de literacia em saúde, dando destaque aos dados referentes a Portugal. Ainda neste capítulo é efetuada a descrição do índice de massa corporal como parâmetro para avaliação antropométrica, a caracterização do excesso de peso e obesidade em Portugal e os custos associados. Atividades de promoção de literacia em saúde, e por fim, o papel dos professores na promoção da saúde e da literacia em saúde.

O terceiro capítulo descreve a metodologia de investigação utilizada, enunciando a pergunta de investigação primária, os objetivos gerais e específicos, o desenho do estudo, as questões referentes à população e amostra, os instrumentos utilizados no processo de recolha de dados, a operacionalização das variáveis, plano de tratamento de dados e as considerações éticas.

No quarto capítulo são apresentados os resultados obtidos e o quinto capítulo refere-se à discussão dos mesmos.

O sexto capítulo apresenta as conclusões da investigação, tendo em conta a pergunta de investigação, os seus objetivos, a bibliografia consultada e os anexos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Conceito de literacia em saúde

A literacia em saúde tem ganho grande destaque nas últimas décadas, mostrando a sua importância na sociedade, na qual o cidadão, demonstra um papel ativo no que concerne à saúde e cuidados de saúde ⁵.

O conceito de literacia em saúde surgiu em 1974 ², estando intimamente ligado a questões de promoção de saúde. Desde então, o conceito de literacia em saúde tem sido alvo de constante evolução.

Nos anos 90 surgiram as primeiras definições do conceito, onde se apontavam apenas características individuais, tendo evoluído para um conceito que inclui a parte pessoal e social do indivíduo, qualificando-o para a tomada de decisões fundamentadas no seu dia-a-dia e assumindo responsabilidade nas mesmas ^{3,5}.

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹⁹ define

Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.

O relatório do *Council of Scientific Affairs da American Medical Association*²⁰ define literacia em saúde:

a constellation of skills, including the ability, including the ability to perform basic reading and numerical task required to function in the health care environment.

Em 2000, *Ratzan e Parker*, do *Institute of Medicine* explicam literacia em saúde como:

the degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.

No ano seguinte, *Ilona Kickbusch et al.* ²¹ definem literacia em saúde 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 dos serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma medida estratégica para elevar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidade.

No ano 2007, a *European Commission*, elaborou a seguinte definição para a literacia em saúde, capacidade de ler, filtrar e entender informações de saúde para criar julgamentos sólidos.

Para *Nutbeam* (2009) ²², a literacia em saúde é composta por dois elementos essenciais, tarefas (*task*), que distingue a capacidade em que o indivíduo consegue efetuar determinadas tarefas, tais como, ler um livro ou escrever simples frases e competências (*skills*), que reconhece o nível de conhecimento e competências que os indivíduos devem manifestar para efetuar as tarefas ²².

O autor supracitado assume três tipos ou níveis de literacia: a literacia funcional/básica, a literacia interativa/comunicativa e a literacia crítica.

A literacia funcional/básica define-se pela presença de competências suficientes para ler e escrever, possibilitando uma ação efetiva nas atividades do dia-a-dia.

A literacia interativa/comunicativa caracteriza-se pela observação de competências cognitivas e de literacia mais avançadas que possibilitam a aquisição de informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação para posterior aplicação.

A literacia crítica, inclui as competências cognitivas mais avançadas e também as capacidades sociais, em conjunto podem ser utilizadas para efetuar uma análise crítica a informação e usar a mesma para exercer maior controlo sobre as situações da vida.

Sorensen et al. ³ combinaram todas as definições de literacia em saúde, para construir a seguinte definição:

the knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life throughout the course of life.

Ao longo dos anos, a avaliação da literacia tem evoluído e apresenta diferentes formas, o que resulta na necessidade de compreender e usar os resultados em conformidade ²³.

Na atualidade, existem várias ferramentas para avaliar a literacia em saúde. Algumas destas ferramentas limitam-se apenas a medir a capacidade de leitura e outras apenas a numérica ²⁴. Entre elas incluem-se:

- NAAL: *National Assessments of Adult Literacy* – utilizado com grande impacto nos Estados Unidos, tendo sido reconhecidas disparidades entre literacia e

literacia em saúde, a qual medida em 4 níveis: inferior a básico, básico, intermédio e proficiente;

- REALM: *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* – conjunto de perguntas com grau crescente de dificuldade, sendo que as respostas são a base da avaliação;
- TOFHLA: *Test of Functional Health Literacy in Adults* – mede a compreensão na leitura e a competência numérica. O S-TOFHLA é a versão abreviada (“S” para short/breve) apenas avalia a compreensão na leitura;
- HALS: *Health Activities Literacy Scale* – corrigiu algumas falhas de ferramentas anteriores (o REALM e o TOFHLA), no entanto apresenta algumas limitações, pois ignora as capacidades orais, não mede testes de resolução de problemas atitudes, valores e crenças;
- *Newest Vital Sign* (NVS) – é uma ferramenta de resposta rápida (6 itens) que envolve a interpretação de informação escrita e numérica. A pessoa tem de ler um folheto informativo com informação nutricional antes de responder à questão;
- HLS-EU-Q – desenvolvido com a finalidade de medição e comparação da Literacia em Saúde das populações de países Europeus.

O HLS-EU-Q16 foi a ferramenta utilizada no presente estudo. Este questionário classifica o respondente tendo em conta quatro níveis de literacia (inadequada, problemática, suficiente e excelente).

2.2. Literacia em saúde em Portugal

A literacia em saúde é uma temática que apresenta grande destaque, estando presente na agenda europeia para a saúde, visto que o cidadão apresenta um papel ativo na promoção da saúde, prevenção da doença, autogestão dos processos patológicos e consumo de recursos de saúde ^{3,5}.

Em Portugal, existe o interesse na promoção da literacia em saúde dos cidadãos, permitindo-lhe assim participar nas decisões que lhes dizem respeito, colaborando para a definição das prioridades relativas à saúde, adequando às necessidades da população ⁶.

Em Portugal, de acordo com o Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 - o papel da Literacia em Saúde ⁶, a educação para a saúde é uma ferramenta estratégica para a promoção da saúde, sendo as escolas o local preferencial para a passagem de conhecimento de saúde. Apesar deste fato e havendo alguma consciência política sobre

a importância do aumento da literacia de saúde como ferramenta para a promoção de saúde, a verdade é que existem poucos estudos que deem uma perspetiva global sobre o conhecimento que a população portuguesa tem sobre saúde. A maior parte dos estudos feitos em Portugal sobre este tema são locais/regionais ou demasiado específicos na área da saúde sobre a qual investigam.

The European Health Literacy Project (HLS-EU) entre 2009 e 2012 foi um projeto que envolveu vários países (Espanha, a Grécia, a Holanda, a Irlanda, a Alemanha, a Bulgária, a Polónia e a Áustria). O objetivo final do estudo foi realizar o diagnóstico dos níveis de literacia em saúde das várias populações para posterior comparação, e adequação de atividades promotoras de saúde ³.

Cada estudo foi constituído por uma amostra randomizada de cerca de 1000 cidadãos europeus, com mais de 15 anos, culminando num total de cerca de 8000 pessoas avaliadas ³.

Os resultados deste estudo foram preocupantes, sendo que metade dos inquiridos (cerca de 47%) apresentou risco de literacia em saúde limitada.

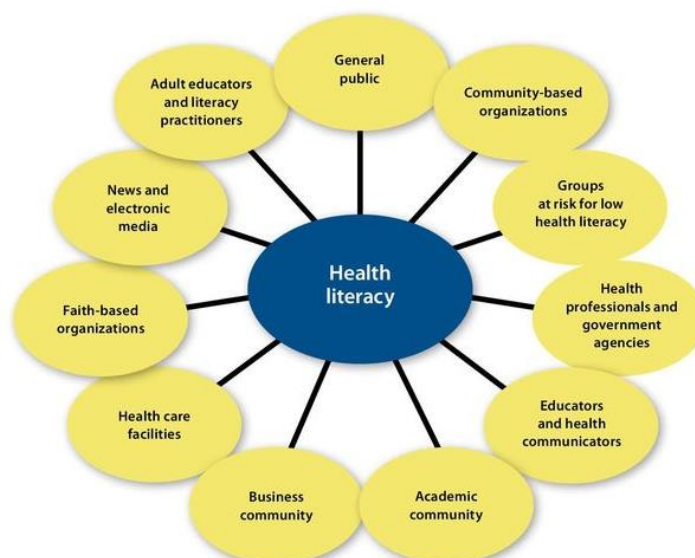
O *European Health Literacy Survey (HLS-EU)*, foi aplicado em Portugal no ano de 2014, visto tratar-se de um instrumento de avaliação multidimensional, possibilitou compreender, a capacidade das pessoas acederem, compreenderem, analisarem e utilizarem a informação de saúde nos domínios da utilização dos cuidados de saúde, da promoção da saúde e prevenção da doença e possibilitou a comparação dos resultados em Portugal com os resultados dos países onde o mesmo questionário foi aplicado ⁵.

O estudo em epígrafe identificou que 61,4% da população portuguesa inquirida apresentou um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos nove países em 49,2% ⁵.

Em 2016, foi realizado o segundo estudo tendo concluído que 50% dos portugueses apresentava um nível de literacia “excelente” ou “suficiente” ⁴.

A literacia em saúde é influenciada por vários determinantes, tais como, Sistema de Saúde, educação, comunicação social, ambiente de trabalho, família, comunidade e decisões políticas. Neste sentido, é o resultado das competências individuais e das exigências e complexidades do Sistema de Saúde ²⁵ (Figura 1).

Figura 1 – Major *stakeholders* envolvidos em literacia em saúde



(Fonte: *Mitic*, 2012 ²⁵)

A literacia em saúde pode ser definida como um conjunto de aptidões que as pessoas demonstram, permitindo-lhes apropriarem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação e conhecimentos de saúde de forma a fazerem escolhas mais saudáveis, reduzirem os riscos para a saúde e manterem um estado nutricional saudável, melhorando a qualidade de vida ^{4,25}.

2.3. Importância da literacia em saúde nas populações

A importância da literacia em saúde para a Saúde Pública é sustentada por um elevado número de estudos que associam a baixa literacia a piores resultados ²⁶. Os níveis de literacia em saúde variam desde um nível básico/funcional (a capacidade de entender a informação sobre saúde) a níveis elevados (autocontrolo, pensamento crítico e reflexão) ²⁷.

A literacia em saúde tem sido alvo de vários estudos. O conceito demonstrou uma evolução desde os anos 70, refletindo assim a sua importância como fator determinante na manutenção ou melhoria das condições de saúde das populações. Nos cuidados de saúde primários e saúde pública a Literacia em Saúde é muito relevante ^{5,28}.

O conceito de literacia em saúde na sociedade, promove, de uma forma gradual, a passagem de um modelo biomédico para um modelo colaborativo, o que proporciona na redução de custos, aumento do conhecimento e um uso menor dos serviços de

saúde, estes comportamentos resultam da obtenção de conhecimentos e de uma maior autoeficácia de comportamentos, possibilitando o indivíduo na tomada de decisão e na gestão da saúde ^{23,29,30}. A categorização de literacia em saúde indica que um inadequado nível de Literacia em Saúde pode influenciar a saúde individual e coletiva, podendo estar perante um contexto de desigualdades em saúde, tendo implicações na gestão de recursos e ganhos em saúde ⁵.

Um dos objetivos de saúde pública a atingir no século XXI é a promoção da literacia em saúde. Para o indivíduo é essencial ter uma literacia em saúde adequada, com a finalidade de deter competências que lhe possibilitem processar e compreender a informação relativa à saúde, de forma a ser-lhe possível ter capacidade para a tomada de decisão ao longo da vida ⁷.

Atualmente a literacia em saúde tornou-se uma valência de grande importância para as sociedades, governos e organizações privadas e públicas, pois observou-se que os níveis de literacia em saúde são fatores que influenciam de forma decisiva a tomada de decisões por parte dos indivíduos, relativamente à sua saúde. Os níveis de literacia em saúde para além de afetarem a qualidade de vida dos indivíduos, afetam também os custos, ganhos e a organização dos sistemas de saúde ⁴.

Em 2016, foi criado em Portugal o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados ⁴, estabelecendo a literacia em saúde uma referência nuclear do programa. Este programa vem demonstrar a intenção do governo em reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada, veículos privilegiados desse reforço.

A adequação da literacia em saúde nas populações apresenta-se fundamental. Os quatro níveis de literacia em saúde (inadequada, problemática, suficiente e excelente) que se podem observar, manifestam as competências que os indivíduos possuem para processar e compreenderem a informação de saúde de forma a tomarem decisões adequadas sobre a sua saúde (*empowerment*). Baixos níveis de literacia em saúde influenciam negativamente, pondo em causa a capacidade do indivíduo selecionar e interpretar corretamente a informação desejada, com vista a adquirir a informação necessária para tomar decisões sobre o seu processo de saúde ⁷.

Segundo, Pedro AR., Amaral O. e Escoval A., 2016 ⁵, baixos níveis de literacia em saúde estão intimamente ligados a um reduzido conhecimento ou compreensão dos serviços de prestação de saúde disponíveis, mas também dos próprios resultados de saúde.

Potenciando um aumento da hospitalização, com grandes períodos de internamento, um aumento de exames complementares, uma baixa adesão às medidas terapêuticas instituídas e também a incapacidade de autogestão de doenças crónicas. Observando-se assim uma elevada prevalência e severidade das doenças crónicas, em inferiores condições gerais de saúde e na desvalorização dos serviços de prevenção e rastreio preconizados nos serviços de saúde.

Há vários fatores que determinam e influenciam os níveis de literacia em saúde das populações, tais como, nível de instrução (tendencialmente, quanto mais elevado o grau académico, maior o nível de literacia em saúde), rendimentos financeiros (pessoas que apresentem baixos rendimentos e com dificuldade em pagar contas revelam níveis de literacia mais baixos), condição socioeconómica (agregados mais vulneráveis, em que apresentam uma condição socioeconómica mais baixa, tendem a ter níveis de literacia em saúde baixos), idade (quanto maior a idade, menor o nível de literacia em saúde) e utilização dos serviços de saúde, em especial os de urgência (indivíduos que recorrem com maior frequência aos serviços de saúde apresentam taxas mais baixas de literacia em saúde) ⁸.

Os níveis de literacia em saúde têm sido indicados, em diversos estudos, como um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças, entre as quais: obesidade (um nível de literacia em saúde inadequado tem sido associado a valores superiores de Índice de Massa Corporal) ⁹, diabetes ¹⁰, doenças cardiovasculares ¹¹ e cancro ¹².

Um estudo intitulado *The European Health Literacy Project (HLS-EU)* ³¹, realizado entre 2009 e 2012, indicou que pelo menos um em cada dez (12%) dos entrevistados tem um nível de literacia em saúde insuficiente e quase um em dois (47%) tem um nível limitado de literacia em saúde (insuficiente ou problemático).

Em 2014, foi aplicado em Portugal o *European Health Literacy Survey (HLS-EU)* ³, revelando que 61% da população inquirida apresentou um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado ⁵.

Associado aos baixos níveis de literacia em saúde, apontam-se os elevados custos para o Sistema de Saúde ³²⁻³⁵. Nos EUA, estima-se que representem um total de 100 a 200 mil milhões de dólares anuais ^{36,37}.

De acordo com *Elchler*, os custos adicionais em saúde associados a níveis inadequados de literacia em saúde representam entre 3% a 5% do orçamento total da saúde, e, ao

nível individual, cada pessoa consome a mais por ano 143 a 7798 dólares em cuidados de saúde ³⁸.

Em Portugal ainda não foram realizados estudos que avaliem os custos associados à literacia em saúde. Sabe-se no entanto que o cancro, a diabetes e as doenças cardiovasculares acarretam muitos custos para o sistemas de saúde, e pode a literacia em saúde aqui desempenhar um papel fundamental na prevenção das mesmas, tal com o na adesão a planos de tratamentos após diagnóstico ⁵.

A promoção da literacia em saúde e de comportamentos saudáveis, são tópicos essenciais para a saúde das populações, para a redução das desigualdades sociais e para o bem-estar social e económico do país ³⁹.

Vários estudos indicam que baixos níveis de literacia em saúde, estão relacionados a uma saúde mais precária, mais mortalidade e são fatores de risco para diversas patologias, tais como obesidade, uma baixa literacia esta intimamente relacionada com valores superiores de IMC ^{9,40-42},

2.4. Índice de massa corporal como parâmetro antropométrico para avaliação do estado nutricional

A antropometria nutricional foi definida por *Jelliffe* em 1966 como “medição da variação das dimensões e composição corporal do organismo humano em diferentes fases etárias e graus de nutrição” ⁴³.

A avaliação nutricional compreende a utilização de indicadores que permitem a adequação nutricional dos indivíduos e classificação do estado nutricional, segundo o parâmetro utilizado ⁴⁴.

O recurso a antropometria é indicado para avaliar o estado nutricional coletivo, sendo um método simples, de fácil utilização e padronização, barato, não invasivo e indolor que permite facilmente a obtenção das medidas que podem ser válidas e confiáveis, desde que haja treinamento adequado e as aferições sejam devidamente padronizadas ⁴⁵.

O peso pode ser obtido com precisão suficiente permitindo revelar as variações de vários compartimentos: adiposo, muscular, ósseo, mineral, de órgãos e de fluídos intra e extracelulares ⁴⁵.

A determinação da altura deve ser efetuada com recurso a um estadiómetro o indivíduo deve estar de pé no centro do estadiómetro com o peso distribuído uniformemente em ambos os pés, descalça, com o corpo ereto, ombros relaxados, pés juntos, joelhos estendidos; calcanhares, nádegas, costas e parte posterior da cabeça em contacto com a escala. A cabeça deve estar segura firmemente e orientada segundo o plano aurículo – orbital, segundo o plano de Frankfurt ⁴⁶.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é o índice antropométrico mais utilizado e é calculado com recurso a medidas de massa e estatura corporal. É calculado pelo quociente entre o peso (em Kg) e a altura (em m²) ^{18,45}. Segundo Anjos ⁴⁷, o IMC “apesar de não indicar a composição corporal, a facilidade de sua mensuração e a grande disponibilidade de dados de massa corporal e estatura, além da sua relação com morbi-mortalidade, parecem ser motivos suficientes para a utilização do IMC como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos”.

O IMC é uma ferramenta muito vantajosa do ponto de vista clínico para o diagnóstico de obesidade, uma vez que apresenta uma boa correlação com a massa gorda. O cálculo é realizado de acordo com a relação: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$. A utilização deste indicador permite efetuar uma simples avaliação do nível de adiposidade.

De acordo com a OMS, um IMC entre 18,5 e 24,9 é indicativo de normoponderalidade; abaixo de 18,4 é considerado magreza, o que conduz a um maior risco para a saúde. Valores de IMC entre 25 e 29,9 revelam um excesso ponderal; e valores acima de 30 caracterizam um diagnóstico de obesidade ⁴⁸.

Os valores de corte recomendados para o IMC, de acordo com a WHO ⁴⁹, estão apresentados na Figura 2.

Figura 2 – Valores de corte para o Índice de Massa Corporal

Table A3.10 Adult weights and heights corresponding to recommended cut-off values for body mass index										
Height (cm)	BMI									
	16.0 17.0 18.5			20.0 22.0			25.0 30.0 40.0			Height (cm)
	Thinness			Overweight						
Body weight (kg)										
140	31.4	33.3	36.2	39.2	43.1	49.0	58.8	78.4	140	
141	31.8	33.8	36.8	39.8	43.7	49.7	59.6	79.5	141	
142	32.3	34.3	37.3	40.3	44.4	50.4	60.5	80.7	142	
143	32.7	34.8	37.8	40.9	45.0	51.1	61.3	81.8	143	
144	33.2	35.3	38.4	41.5	45.6	51.8	62.2	82.9	144	
145	33.6	35.7	38.9	42.1	46.3	52.6	63.1	84.1	145	
146	34.1	36.2	39.4	42.6	46.9	53.3	63.9	85.3	146	
147	34.6	36.7	40.0	43.2	47.5	54.0	64.8	86.4	147	
148	35.0	37.2	40.5	43.8	48.2	54.8	65.7	87.6	148	
149	35.5	37.7	41.1	44.4	48.8	55.5	66.6	88.8	149	
150	36.0	38.2	41.6	45.0	49.5	56.3	67.5	90.0	150	
151	36.5	38.8	42.2	45.6	50.2	57.0	68.4	91.2	151	
152	37.0	39.3	42.7	46.2	50.8	57.8	69.3	92.4	152	
153	37.5	39.8	43.3	46.8	51.5	58.5	70.2	93.6	153	
154	37.9	40.3	43.9	47.4	52.2	59.3	71.1	94.9	154	
155	38.4	40.8	44.4	48.1	52.9	60.1	72.1	96.1	155	
156	38.9	41.4	45.0	48.7	53.5	60.8	73.0	97.3	156	
157	39.4	41.9	45.6	49.3	54.2	61.6	73.9	98.6	157	
158	39.9	42.4	46.2	49.9	54.9	62.4	74.9	99.9	158	
159	40.4	43.0	46.8	50.6	55.6	63.2	75.8	101.1	159	
160	41.0	43.5	47.4	51.2	56.3	64.0	76.8	102.4	160	
161	41.5	44.1	48.0	51.8	57.0	64.8	77.8	103.7	161	
162	42.0	44.6	48.3	52.5	57.7	65.6	78.7	105.0	162	

Table A3.10 (continued)

Height (cm)	BMI									
	16.0 17.0 18.5			20.0 22.0			25.0 30.0 40.0			Height (cm)
	Thinness			Overweight						
Body weight (kg)										
163	42.5	45.2	49.2	53.1	58.5	66.4	79.7	106.3	163	
164	43.0	45.7	49.8	53.8	59.2	67.2	80.7	107.6	164	
165	43.6	46.3	50.4	54.5	59.9	68.1	81.7	108.9	165	
166	44.1	46.8	51.0	55.1	60.6	68.9	82.7	110.2	166	
167	44.6	47.4	51.6	55.8	61.4	69.7	83.7	111.6	167	
168	45.2	48.0	52.2	56.4	62.1	70.6	84.7	112.9	168	
169	45.7	48.6	52.8	57.1	62.8	71.4	85.7	114.2	169	
170	46.2	49.1	53.5	57.8	63.6	72.3	86.7	115.6	170	
171	46.8	49.7	54.1	58.5	64.3	73.1	87.8	117.0	171	
172	47.3	50.3	54.7	59.2	65.1	74.0	88.8	118.3	172	
173	47.9	50.9	55.4	59.9	65.8	74.8	89.8	119.7	173	
174	48.4	51.5	56.0	60.6	66.6	75.7	90.8	121.1	174	
175	49.0	52.1	56.7	61.3	67.4	76.6	91.9	122.5	175	
176	49.6	52.7	57.3	62.0	68.1	77.4	92.9	123.9	176	
177	50.1	53.3	58.0	62.7	68.9	78.3	94.0	125.3	177	
178	50.7	53.9	58.6	63.4	69.7	79.2	95.0	126.7	178	
179	51.3	54.5	59.3	64.1	70.5	80.1	96.1	128.2	179	
180	51.9	55.1	59.9	64.8	71.3	81.0	97.2	129.6	180	
181	52.4	55.7	60.6	65.5	72.1	81.9	98.3	131.0	181	
182	53.0	56.3	61.3	66.2	72.9	82.8	99.4	132.5	182	
183	53.6	57.0	62.0	67.0	73.7	83.7	100.5	134.0	183	
184	54.2	57.6	62.6	67.7	74.5	84.6	101.6	135.4	184	

Table A3.10 (continued)

Height (cm)	BMI									
	16.0 17.0 18.5			20.0 22.0			25.0 30.0 40.0			Height (cm)
	Thinness			Overweight						
Body weight (kg)										
185	54.8	58.2	63.3	68.5	75.3	85.6	102.7	136.9	185	
186	55.5	58.8	64.0	69.2	76.1	86.5	103.8	138.4	186	
187	56.0	59.5	64.7	69.9	76.9	87.4	104.9	139.9	187	
188	56.6	60.1	65.4	70.7	77.8	88.4	106.0	141.4	188	
189	57.1	60.7	66.1	71.4	78.6	89.3	107.1	142.9	189	
190	57.8	61.4	66.8	72.2	79.4	90.3	108.3	144.4	190	

For easy reference and calculation of BMI values corresponding to recommended cut-offs, first find the height of the individual in the left- or right-hand column. The weights given in the row for that height correspond to various recommended cut-off values for adult BMI. Weights for two normal BMI values are also included.

(Fonte: WHO, 1995 49)

2.5. Excesso de peso e obesidade em Portugal – custos associados

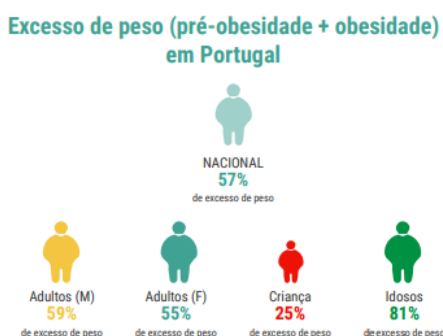
A obesidade é considerada um dos principais problemas de saúde pública, é tida como uma doença crónica e também um determinante para o risco de desenvolvimento de

outras doenças crónicas que integram as principais causas de mortalidade e morbilidade 13,18.

A obesidade é uma doença crónica não transmissível, associada a múltiplas consequências para a saúde, e que constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas não transmissíveis, à semelhança da pré-obesidade ⁵⁰.

Em Portugal, mais de metade da população adulta demonstra excesso de peso (Figura 3), o que permite identificar a necessidade de intervenções, tanto na prevenção através da promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física, mas também a necessidade de adequação terapêutica ¹³⁻¹⁷.

Figura 3 – Prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade), em Portugal

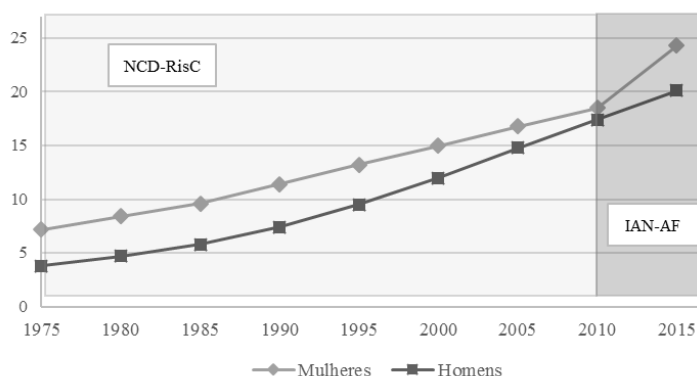


(Fonte: Portugal. Ministério da Saúde, 2018 ⁵¹)

A prevalência de excesso de peso em Portugal tem vindo a aumentar em todas as idades ¹⁴⁻¹⁷.

Nos últimos 40 anos a prevalência de obesidade nos adultos demonstrou um aumento muito consistente em ambos os sexos (Figura 4).

Figura 4 – Prevalência da obesidade



(Fonte: José Camolas, 2017 ¹⁸)

A obesidade tem um grande impacto no desenvolvimento de doenças em Portugal. 28,7% de portugueses com idades entre os 25 e os 74 anos sofrem de obesidade, principalmente as mulheres (32,1%) ⁵¹.

Segundo os resultados obtidos no Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, o excesso de peso já atinge mais de um quarto das crianças e adolescentes portugueses e mais de metade da população adulta, evidenciando-se a faixa etária com mais de 65 anos, que apresenta uma prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) superior a 80%. Este inquérito revela ainda que a prevalência de excesso de peso é sempre superior nos indivíduos menos escolarizados ⁵² (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência da pré-obesidade e obesidade em Portugal

Grupo Etário	Pré-obesidade	Obesidade
Crianças (<10 anos)	17,3%	7,7%
Adolescentes (10-17 anos)	23,6%	8,7%
Adultos (18-64 anos)	36,5%	21,6%
Idosos (65-84 anos)	41,8%	39,2%

(Fonte: José Camolas, 2017 ¹⁸)

O aumento da prevalência do excesso de peso, que está intimamente associado a um risco acrescido de múltiplas comorbilidades ⁵³ (Tabela 2), condiciona de forma prejudicial a condição clínica de indivíduos e populações, representando um impacto nos sistemas de saúde e potencialmente traduzido em mortalidade precoce ⁵⁴.

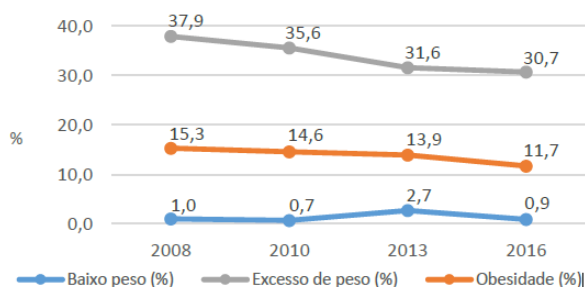
Tabela 2 – Risco relativo de problemas de saúde associados à obesidade

Risco muito aumentado (Risco relativo >3)	Risco aumentado (Risco relativo 2-3)	Risco ligeiramente aumentado (Risco relativo 1-2)
Insulinorresistência e Diabetes tipo 2	Doença coronária	Alteração hormonas reprodutivas e da fertilidade
Dislipidemias	Hipertensão arterial	Síndrome Ovário Poliquístico
Insuficiência respiratória	Osteoartrite	Anomalias fetais
Apneia obstrutiva do sono	Hiperuricemia e gota	Cancro (mama, endométrio, cólon)
Doença da vesícula biliar		Lombalgias Risco anestésico

(Fonte: José Camolas, 2017 ¹⁸)

No que se refere ao estado nutricional da população juvenil, o estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2016* ⁵⁵, concluiu que nos últimos 8 anos ocorreu uma tendência invertida no que se refere à prevalência de excesso de peso infantil, em que de 2008 para 2016, se observou uma redução na prevalência de excesso de peso (37,9% vs 30,7%), bem como na prevalência da obesidade (15,3% vs 11,7%), as diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$) (Figura 5).

Figura 5 – Prevalência de baixo peso, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade da população infantil portuguesa (6-8 anos) nas diferentes fases COSI Portugal (2008 a 2016)



(Fonte: COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative, 2016 ⁵⁵)

A prevalência do excesso de peso e obesidade demonstram um impacto ao nível individual, social e também económico, o que representa um possível risco à sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ¹⁸.

Segundo Pereira e Mateus, os custos associados à obesidade quase atingiram os 500 milhões de euros. Sendo que os custos diretos estimaram-se em 297 milhões de euros, o que representou 2,5% da despesa total em saúde, ao quais acresceram os custos indiretos, 199,8 milhões de euros ⁵⁶.

Entre em 1995/96 e 1998/99, as despesas de saúde relacionadas com a obesidade, sustentadas pelos próprios indivíduos, demonstraram um significativo aumento,

crescendo de 3.8% para 6.9% ¹⁸. Ainda que representassem gastos pouco expressivos, em termos absolutos, estas despesas são relevantes se tivermos em conta que a obesidade afeta de forma mais acentuadas as classes sociais mais desfavorecidas ⁴⁷.

Com o aumento da prevalência de excesso de peso em Portugal, torna-se evidente que os custos em saúde relacionados à patologia são em muito superiores ¹⁸.

Dada a elevada percentagem de indivíduos afetados pela patologia e os custos associados à mesma, tornar-se fundamental assegurar atividades promotoras de literacia em saúde, mais concretamente relativa a hábitos alimentares, com vista a potenciar-se reduções de peso significativas.

2.6. Atividades promotoras de literacia em saúde

A saúde das populações é influenciada, determinada por inúmeros fatores, mais concretamente, fatores genéticos, ambientais, psicossociais, económicos e hábitos de vida ¹⁹.

A promoção da saúde pode ser definida, como um conjunto de comportamentos, os quais são efetuados de forma individual e/ou coletiva, com a finalidade de se conseguir alcançar o potencial máximo de saúde ³⁵.

Ao longo dos anos, o conceito de promoção da saúde foi evoluindo, tendo sido abordado, em 1974 por *Marc Lalonde*, tendo referido que os comportamentos individuais, os estilos de vida e condições ambientais apresentam influência relevante nas doenças e na morte. Preconizou que mudanças destes comportamentos, permitiriam a redução da morbilidade e mortalidade prematuras ⁵⁷.

Mas foi em 1978, aquando da primeira conferência internacional referente aos cuidados primários de saúde em *Alma-Ata*, que a promoção da saúde ganhou mais relevo, como um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades ⁵⁸.

A Carta de *Ottawa*, assinada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, definiu a promoção da saúde como um método que apresenta como principal objetivo o aumento das capacidades individuais e da comunidade para monitorizarem a saúde no sentido de a melhorar. Um completo bem-estar, social, físico e mental, deve ser alcançado pelos indivíduos ou grupos, através das suas capacidades para identificar e realizar aspirações, satisfazer as necessidades e adaptar-se ao ambiente. Identificou

cinco áreas de ação de promoção da saúde, enfatizadas pelas Conferências e Declarações posteriores: construir Políticas Públicas Saudáveis; criar ambientes de suporte; desenvolver habilidades pessoais; fortalecer a ação da comunidade e reorientar os serviços de saúde ⁵⁹.

A sustentabilidade, a solidariedade, a justiça social, a responsabilidade e a autonomia são os valores da promoção da saúde. A criação de políticas públicas de promoção de saúde, o reforço da ação comunitária para a saúde, o desenvolvimento de competências pessoais para a saúde, a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de ambientes saudáveis, são estratégias assumidas pela organização ⁶⁰.

Ao longo dos anos, foram realizadas várias conferências internacionais com a finalidade de elaboração de cartas/declarações, mantendo-se sempre à semelhança da primeira conferência.

A cooperação entre os vários sectores sociais, no que concerne ao processo de promoção da saúde, é fundamental, tendo sido referenciada na declaração de “Saúde em Todas as Políticas” e é reforçada na 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, em Helsínquia ⁶¹.

Nos Estados Unidos da América, o desenvolvimento da iniciativa *Healthy People*, demonstrou a importância no processo de construção de objetivos e metas nacionais para a promoção da saúde e prevenção da doença ³⁵.

Na Europa foi definida a política “Saúde 2020”, que definiu como principais objetivos melhorar significativamente a saúde e bem-estar das populações, reduzir as desigualdades em saúde, fortalecer a saúde pública e assegurar sistemas de saúde com foco nas pessoas, que sejam universais, equitativos, sustentáveis e de qualidade ⁶².

Iniciado em 1986, o movimento “Cidades Saudáveis”, no âmbito da OMS, que se baseia na equidade e sustentabilidade, reconhece que os determinantes socioeconómicos da saúde e a importância da ação dos governos locais na modificação destes determinantes. Este movimento baseia-se na visão ampla da saúde e num compromisso com a Promoção da Saúde ³⁵.

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016, que depois foi alargado a 2020, apresenta os seguintes valores: justiça social, universalidade, equidade, solicitude e solidariedade dos sistemas de saúde. Sendo a sua visão “Maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todo os

setores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis, e cidadania”, reconhece o valor das políticas saudáveis intersectoriais como fatores essenciais estratégicos transversais, mobilizadores e sinérgicos ^{35,63}.

Segundo o SNS + Proximidade ⁶⁴, a promoção da literacia em saúde da população portuguesa, deve basear-se em quatro eixos:

- Possibilitar o acesso mais fácil a todos os materiais disponíveis, que através da sua qualidade proporcionam boas práticas para a promoção da literacia em saúde;
- Construir dispositivos para a promoção da saúde que favoreçam, em simultâneo, sínteses informativas sobre assuntos importantes e abordagens comunicacionais mais eficientes (coleção de “livros digitais”);
- Criar uma ferramenta (Minha Agenda de Saúde), que possibilite aos cidadãos, recolherem e organizarem informações, que lhes sejam relevantes para a proteção e promoção da sua saúde ao longo da vida
- Promover a divulgação destas ferramentas junto dos cidadãos, através do SNS, nas farmácias, escolas, locais de trabalho, nas bibliotecas e autarquias locais, para promover o processo de melhoria da literacia em saúde.

A promoção da literacia em saúde pode ser feita através da comunicação direta e efetiva entre os profissionais de saúde e as pessoas, mas também através da utilização das tecnologias de informação e comunicação ⁶⁵.

O recurso, por parte dos profissionais, a uma linguagem simples é fundamental para tornar a informação fácil de compreender pelos cidadãos. A informação científica e médica transmitida nos meios de comunicação social são uma fonte importante para as populações, tendo os profissionais de adaptarem à mesma, de forma a esta ser mais fácil de compreender ³⁵.

O recurso a tecnologias de informação e comunicação é citado como vantajoso para a promoção da literacia em saúde e capacitação dos cidadãos ⁶⁶. Portugal não é exceção na utilização destes instrumentos, com a finalidade na melhoria dos cuidados de saúde e o acesso aos mesmos e na autogestão da saúde ⁶⁷.

Os meios de comunicação social têm um impacto muito grande como agentes de socialização e de educação para a saúde, mas, por vezes, transmitem ideias parciais, desvirtuando o rigor científico de determinadas informações, como por exemplo ao

sugerirem que, se as pessoas praticarem determinado comportamento, ficam imunes à doença em geral ⁶⁸.

As estratégias, as políticas e os planos nacionais de saúde exercem um papel fundamental na definição da visão, prioridades, das decisões orçamentais e do curso de ação de um país para melhorar e manter a saúde da população ⁶⁹.

A promoção da saúde é feita através de recursos para o desenvolvimento, mas mesmo assim, é necessário investir na capacitação pessoal e social, nas redes de proximidade, na corresponsabilização da sociedade e na afetação de recursos específicos. De forma a ser realizada uma boa promoção da saúde, é necessário investir na formação e reorientação de práticas profissionais, com o objetivo de se atingir um alto nível de bem-estar ⁶⁰.

Os resultados em saúde, bem como a qualidade dos cuidados de saúde, são influenciados pela promoção da literacia em saúde. Para se observarem estas melhorias, é essencial que ocorra uma união entre as estruturas de governação, os profissionais de saúde e também dos cidadãos, na preparação de uma estratégia nacional concertada de promoção de literacia em saúde ²³.

2.7. O papel dos professores na promoção da saúde e da literacia em saúde

A multidisciplinaridade, a intersectorialidade e a participação são características à prática da promoção da saúde. Na Inglaterra, Austrália e Holanda, por exemplo, a profissão de promotores de saúde já existe há vários anos. Já em Portugal e na Alemanha, a promoção da saúde é uma responsabilidade de todos, ao nível das suas funções profissionais, com inclusão dos princípios nos seus procedimentos de trabalho junto de pares, parcerias e a restante comunidade ⁷⁰.

O ambiente escolar é um local privilegiado para a promoção da literacia em saúde e da educação em saúde ²³.

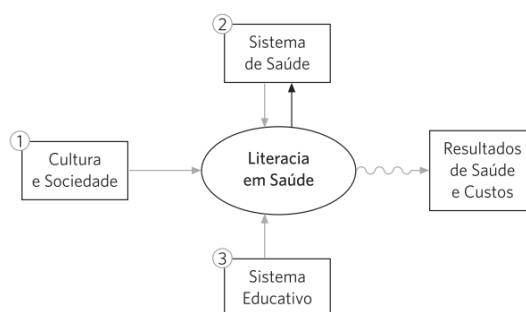
A escola, local onde é possível disponibilizar condições específicas para a implementação de estratégias globais, devendo disponibilizar também aos professores, pais, alunos e outros membros da comunidade um conjunto de princípios e ações de promoção da saúde ⁷¹.

A Saúde Escolar em Portugal foi sofrendo diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes ⁷².

Um conjunto de conhecimentos e competências devem ser adquiridos pelos profissionais de saúde, profissionais pertencentes a outros sectores que não o da saúde mas que entendem a Promoção da Saúde como uma coresponsabilidade social ⁷⁰.

Um fator influente nos resultados da promoção da saúde deverá ser o aumento dos níveis de literacia em saúde. Torna-se portanto essencial a formação dos cidadãos mas também responsabilizar o sistema educativo em preparar os alunos para tomarem decisões com questões referentes à sua saúde mas também a dos outros (Figura 6) ⁷⁰.

Figura 6 – Pontos potenciais para intervenção no quadro conceptual da literacia em saúde



(Fonte: Loureiro, 2008 ⁷⁰)

Em 2003, o *Institute of Medicine* ²³ declarou que a literacia em saúde é influenciada pelo contexto cultural da sociedade, pela interação dos indivíduos com as situações de saúde, pela intervenção educativa que os profissionais de saúde estabelecem com os seus utentes, mas também a responsabilidade que o sistema educativo apresenta para promover condições propícias para a aquisição de conhecimentos, capacidades e valores promotores de comportamentos saudáveis e solidários por parte dos jovens. A relação entre a educação e a saúde é bem visível, associado a baixos níveis de saúde temos baixos níveis de literacia em saúde, o que implicará custos para a sociedades ⁷⁰.

No Plano Nacional de Saúde está integrado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre fatores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida, que apresenta como linhas orientadoras a redução da prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e o aumento dos fatores de proteção relacionados com os estilos de vida. Recomenda atividades relacionadas com determinantes de saúde, tais como a alimentação, atividade física, gestão de stress e os fatores de risco como o tabaco e o álcool, sendo a abordagem efetuada de forma integrada, multidisciplinar e intersectorial, sendo indispensável a área da educação ⁷³.

O Programa Nacional de Saúde Escolar define estratégias na área da melhoria da saúde das crianças e jovens, bem como da comunidade educativa. Estabeleceu que as atividades desenvolvidas devem basear-se na vigilância e proteção da saúde e na aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Na realização das atividades estabelecidas, às equipas de saúde escolar, é-lhes atribuído um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde de toda a comunidade educativa, promovendo a medio e longo prazo ganhos em saúde para a população portuguesa ⁷².

A OMS desenvolveu o *Health for all* ⁷⁴, documento que define metas de saúde para os próximos anos, e no qual as temáticas promoção da saúde e estilos de vida saudáveis, são apontadas como critérios a serem desenvolvidos de forma privilegiada no ambiente escolar.

A escola, local propício para a promoção da saúde e da literacia em saúde, em que os professores com uma postura reflexiva e de colaboração, em conjunto com os alunos a desenvolverem a sua própria aprendizagem, baseados num currículo que é aberto, integrado e flexível, com a finalidade de desenvolvimento de competências necessárias neste domínio ⁷⁰.

O professor deve comportar-se essencialmente como facilitador “cuja principal função é ajudar os alunos a tornarem-se participantes ativos da sua aprendizagem e fazer ligações significativas entre o conhecimento prévio, o novo conhecimento e o processo envolvido na aprendizagem” ⁷⁰.

Com uma elevada frequência, os professores são confrontados com problemas complexos, sendo que não existe uma resposta singular, pré-concebida, conseguida através de uma lógica exclusivamente racional. A resposta a muitas das questões que são feitas aos docentes, não podem ser respondidas como base em apenas uma área de conhecimento e muitas delas não fazem parte da sua formação académica. Posto isto, os professores devem adaptar-se, adquirem novas competências ultrapassando as barreiras das suas especialidades académicas, dando resposta a varias áreas que hoje têm de ser trabalhadas na escola, de forma a contribuírem para uma melhoria da condição humana e da sociedade ⁷¹.

A promoção da saúde e da literacia em saúde tornam-se essências em ambientes escolares, o acesso à educação e à informação são fundamentais para que haja uma participação efetiva e a capacitação das pessoas e comunidades, mais concretamente

das crianças, dando destaque à elevada capacidade que estes apresentam na aquisição de novos conhecimentos.

É incontestável que obter literacia crítica em saúde será mais fácil se os estabelecimentos de ensino adotarem o conceito de escola promotora de saúde ⁷⁵.

A revisão da literatura mostra que os estudos que avaliam a literacia em saúde dos professores são raros. Um estudo transversal que avaliou a literacia em saúde dos professores revelou que 44,0% dos professores têm níveis muito limitados, 29,8% limitados e 26,2% literacia em saúde adequada ⁷⁶.

Um outro estudo desenvolvido por *Denuwara* (2017), em que a amostra foi constituída por professores do ensino médio ou superior, observou que apenas 6,4% tinham um nível de literacia em saúde excelente. A maioria da amostra do estudo estava no nível de literacia em saúde suficiente 61,2% e 32,5% apresentou um nível de literacia em saúde limitada ⁷⁷.

À semelhança da família, os professores são tidos como principais agentes ou mediadores de promoção de literacia em saúde na infância. São necessárias oportunidades de desenvolvimento profissional que potenciem a capacidade dos professores a atingirem melhores níveis de literacia em saúde de forma a transmitirem conhecimento de saúde aos seus alunos.

Tornam-se assim os professores a unidade em estudo desta investigação, devido à sua elevada importância na transmissão de conhecimentos e competências aos seus alunos, com a finalidade de potenciar as escolhas e comportamentos saudáveis.

3. METODOLOGIA

A revisão da literatura, efetuada na primeira parte do documento, procurou analisar, realçar e fundamentar as principais questões associadas à literacia em saúde e também informação relacionada com a avaliação do estado nutricional de indivíduos e doenças cardiometabólicas. Neste capítulo pretende-se descrever as várias etapas do processo de construção do estudo, iniciando-se com a pergunta de investigação primária e os seus principais objetivos, explanando os métodos utilizados para esse fim, assim como as questões éticas inerentes à investigação.

3.1. Pergunta de investigação primária

Com este estudo tenciona-se obter uma resposta à interrogação: existe uma relação entre nível de literacia em saúde dos professores a nível nacional e o seu índice de massa corporal?

3.2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo aferir os níveis de literacia em saúde dos professores a nível nacional e a sua influência na saúde, mais concretamente no estado nutricional e em doenças cardiometabólicas. Outros fatores que influenciam a saúde serão também analisados, tais como, contexto de vida real.

3.2.1. Objetivo geral

- i. Avaliar o nível de literacia em saúde dos professores a nível nacional;
- ii. Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características sociodemográficas e profissionais;
- iii. Aferir o nível de literacia em saúde dos professores a nível nacional e a sua relação com seu índice de massa corporal;
- iv. Aferir o nível de literacia em saúde dos professores a nível nacional e a sua relação com doenças cardiometabólicas.

3.2.2. Objetivos específicos

- i. Caracterizar a amostra em estudo, a partir de indicadores:

- Sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, área de residência, estabelecimento de ensino);
- ii. Caracterizar a literacia em saúde da amostra em estudo;
- iii. Avaliar o nível de literacia em saúde da amostra;
- iv. Caracterizar a amostra quanto ao perfil de saúde;
- v. Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e o perfil de saúde da amostra.

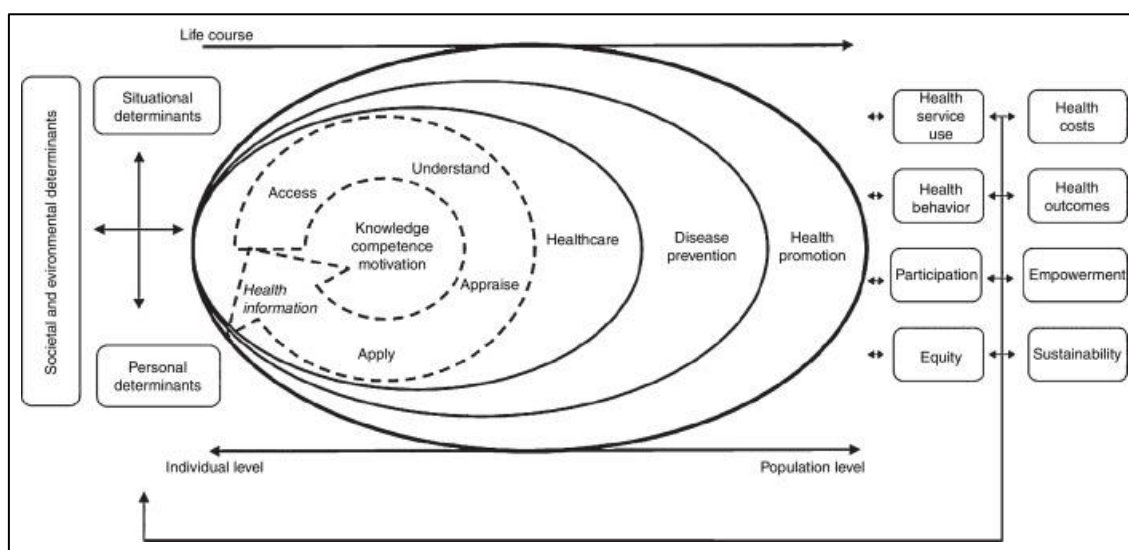
3.3. Desenho do estudo

O presente estudo, de acordo com os objetivos propostos, pode ser classificado como observacional, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

Como já referido no enquadramento deste trabalho, existe um conjunto de variáveis que, por um lado podem influenciar o nível de literacia em saúde de uma pessoa, e, por outro, outras que podem ser influenciadas por este. A idade, a escolaridade podem influenciar o nível de literacia em saúde ⁸, enquanto que a presença de doenças como a obesidade ⁹, diabetes ¹⁰ e doenças cardiovasculares ¹¹, de acordo com a evidência, podem ser influenciadas por esta. Pelo que, no âmbito deste estudo, se procurou analisar a relação destas variáveis com o nível de literacia em saúde nos professores em Portugal.

A análise do nível de literacia em saúde segue a metodologia do instrumento HLS-EU-PT, o qual, à semelhança da sua versão original, contempla três domínios, nomeadamente cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e quatro níveis de processamento de informação, acesso, compreensão, avaliação e utilização, os quais são essenciais à tomada de decisão. Este instrumento foi elaborado de acordo com o modelo conceptual *Health Literacy Survey* (HLS-EU) (Figura 7).

Figura 7 – Modelo Teórico *Health Literacy Survey*



(Fonte: Sørensen, 2012 ⁷⁸)

Os autores supracitados desenvolveram o modelo conceitual, no qual descreveram as principais dimensões de literacia em saúde, integrando-as num modelo lógico que indica os fatores que podem ter impacto na mesma e possíveis consequências no que se refere a comportamentos relacionados com a saúde (resultados de saúde e uso de serviços de saúde). Este modelo distingue 12 dimensões, onde relaciona os três domínios da saúde (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) com as competências (acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação de saúde) (Figura 8).

Figura 8 – Matriz: relação entres os três domínios e as quatro dimensões de literacia em saúde

Table 1 HLS-EU Health literacy matrix

	Access/obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Process/appraise information relevant to health	Apply/use information relevant to health
Healthcare	Ability to access information on medical and clinical issues	Ability to understand medical information and derive meaning	Ability to interpret and evaluate medical information	Ability to make informed decisions on medical issues
Disease prevention	Ability to access information on risk factors for health	Ability to understand information on risk factors and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health	Ability to make informed decisions on risk factors for health
Health promotion	Ability to update oneself on determinants of health in the social and physical environment	Ability to understand information on determinants of health in the social and physical environment and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on health determinants in the social and physical environment	Ability to make informed decisions on health determinants in the social and physical environment

(Fonte: Sørensen, 2012 ⁷⁸)

3.4. Operacionalização das variáveis

As variáveis utilizadas em estudo demonstram aspetos importantes dos fenómenos, sendo fundamental conseguir individualizá-las e utilizá-las de um modo adequado.

Para o presente estudo foi definida como variável dependente a literacia em saúde dos professores ao nível nacional, que foi obtida através da versão portuguesa do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde *Health Literacy Survey* (HLS-EU-PT).

A esta associamos como variáveis independentes: a idade, o sexo, estado civil, nível académico, situação profissional, responsabilidade de aquisição/confeção de alimentos, área de residência, grau de ensino em que leciona maioritariamente e tipo de estabelecimento de ensino.

Analisou-se ainda a relação entre o nível de literacia em saúde, o estado nutricional (IMC) e a presença de doença cardiometabólica nos participantes. Na análise destas relações o nível de literacia em saúde apresenta-se como variável independente e o estado nutricional e a presença de doença cardiometabólica como variáveis dependentes.

A seguinte tabela apresenta o processo de operacionalização das variáveis em estudo (Tabela 3).

Tabela 3 – Operacionalização das variáveis

Pergunta de Investigação	Objetivos gerais	Objetivos específicos	Variáveis	Tipo de variável
<p>Existe uma relação entre o nível de literacia para a saúde dos professores a nível nacional e o seu índice de massa corporal</p>	<p>Avaliar o nível de literacia em saúde dos professores</p>	<p>Caracterizar a literacia em saúde da amostra</p>	Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam.	Numérica
			Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente.	Numérica
			Compreender o que o seu médico lhe diz.	Numérica
			Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado.	Numérica
			Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico.	Numérica
			Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença.	Numérica
			Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico.	Numérica
			Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o <i>stress</i> ou a depressão.	Numérica
			Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool.	Numérica
			Compreender porque precisa de fazer rastreios.	Numérica
			Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança.	Numérica
			Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação.	Numérica
			Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental.	Numérica
			Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos.	Numérica
			Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável.	Numérica
	Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde.	Numérica		
	Avaliar o nível de literacia em saúde da amostra	Score Literacia em Saúde (construída);	Numérica	
		Score Literacia em Saúde por classes;	Ordinal	
	<p>Caracterizar a amostra</p>	<p>Caracterizar sociodemograficamente</p>	Nível de escolaridade;	Ordinal
			Área de residência;	Nominal
			Idade;	Numérica
			Sexo;	Nominal dicotómica
			Idade por classes;	Ordinal
Estado civil			Nominal	
Responsabilidade de aquisição e/ou confeção alimentar			Nominal	
Caracterização profissional			Anos completos de ensino;	Numérica

	Caracterizar quanto ao perfil de saúde	Nível de ensino;	Ordinal		
		Situação profissional;	Nominal		
		Presença de alguma doença cardiometabólica;	Nominal dicotômica		
		Presença de Obesidade	Nominal dicotômica		
		Presença de Diabetes	Nominal dicotômica		
		Presença de Hipertensão Arterial	Nominal dicotômica		
		Presença de Hipercolesterolemia	Nominal dicotômica		
		Presença de Doença Cardíaca	Nominal dicotômica		
		Número de doenças cardiometabólicas em simultâneo (construída);	Numérica		
		Número de doenças cardiometabólicas em simultâneo por classes (construída);	Ordinal		
		Altura em centímetros	Numérica		
		Peso em quilogramas	Numérica		
		IMC (construída);	Numérica		
		IMC por classes (construída);	Ordinal		
		Score Literacia em Saúde (construída);	Numérica		
	Descrever a relação entre literacia em saúde e as características dos professores	Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características sociodemográficas da amostra;	Idade;	Numérica	
			Sexo;	Nominal dicotômica	
			Nível de escolaridade;	Ordinal	
			Estado civil	Nominal	
			Responsabilidade de aquisição e/ou confeção alimentar	Nominal	
			Score Literacia em Saúde (construída);	Numérica	
		Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características profissionais;	Estabelecimento de ensino	Nominal	
			Nível de ensino;	Ordinal	
			Situação profissional	Nominal	
			Score Literacia em Saúde (construída);	Numérica	
			Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e o perfil de saúde da amostra;	Presença de alguma doença cardiometabólica;	Nominal dicotômica
				Presença de Obesidade	Nominal dicotômica
Presença de Diabetes	Nominal dicotômica				
Presença de Hipertensão Arterial	Nominal dicotômica				

			Presença de Hipercolesterolemia	Nominal dicotômica
			Presença de Doença Cardíaca	Nominal dicotômica
			Número de doenças cardiometabólicas em simultâneo (construída);	Numérica
			Número de doenças cardiometabólicas em simultâneo por classes (construída);	Ordinal
			IMC (construída);	Numérica
			IMC por classes (construída);	Ordinal

3.5. População e amostra

A população de estudo são todos os indivíduos, sobre os quais a investigação se centra, que apresentam os critérios de seleção primeiramente definidos, para generalizar os resultados do estudo ⁷⁹.

Para aferir o nível de literacia em saúde de uma comunidade foi definida como população alvo os professores a lecionar em Portugal.

De acordo com Pordata ⁸⁰, no ano de 2018 existiam em Portugal 146 830 professores a lecionar nos diferentes níveis de ensino.

A dimensão da amostra foi primeiramente determinada com recurso à ferramenta “*Sample Size Calculator*”, fornecida pela *Raosoft*® ⁸¹ que definiu uma dimensão mínima necessária para o estudo de 1075 participantes para um nível de confiança de 99,9%, e margem de erro de cerca de 5% (Anexo 1).

A amostra ficou limitada a todos os professores que tiveram acesso ao instrumento de colheita de dados e que responderam na íntegra e dentro do período temporal definido.

Para a divulgação do instrumento de recolha de dados junto dos professores a lecionar em Portugal, foi efetuado um pedido de colaboração aos agrupamentos escolares de Portugal Continental e Ilhas (Anexo 2).

A definição dos critérios de inclusão e exclusão baseiam-se nas características metodológicas, de forma a garantir a participação dos professores que constituem a amostra, para um preenchimento adequado do instrumento de colheita de dados.

3.5.1. Critérios de inclusão

Para a realização da presente investigação foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Dispor de endereço eletrónico;
- Exercer funções de professor;
- Ter consentido na participação, após esclarecimento dos objetivos da investigação;
- Resposta total ao instrumento de colheita de dados.

3.6. Procedimentos de recolha de dados

A concretização deste estudo teve como base a utilização do “Questionário Europeu de Literacia em Saúde”, na versão portuguesa de 16 perguntas, com objetivo final de medir o nível de literacia em saúde dos professores em Portugal e relacioná-lo com o seu índice de massa corporal e presença de doença cardiometabólica, para posteriormente adequar as iniciativas de promoção de literacia em saúde às necessidades específicas.

Os dados foram recolhidos durante o dia 12 de novembro a 2 de dezembro de 2019. O inquérito por questionário foi enviado por *email* para as organizações escolares, o acesso ao mesmo foi efetuado através do seguinte *link* <https://forms.gle/9Z2A3XNtSrPDMFFQ7>.

O questionário é composto por três secções, o consentimento informado, no qual a pessoa manifesta claramente ter compreendido os objetivos do estudo e pretender participar voluntariamente (Anexo 3). A segunda parte contempla o Questionário Europeu de Literacia para a Saúde HLS-EU-PT-Q16⁸² e a terceira parte é constituída por questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica, profissional e saúde (Anexo 4).

3.7. Variáveis construídas

O Questionário Europeu de Literacia para a Saúde HLS-EU-PT-Q16 possibilita categorizar níveis de literacia segundo pontos de corte. Para efetuar um correto cálculo dos níveis e garantir a comparação entre eles, foi efetuada uma escala métrica variável entre 0 e 50, sendo 0 o valor mínimo possível e 50 o valor máximo possível de literacia em saúde. Para os vários níveis de literacia em saúde, foram observados os seguintes pontos de corte (Tabela 4):

Tabela 4 – Escala de classificação dos níveis de literacia em saúde

Nível de literacia	Score
Inadequada	≤ 25 pontos
Problemática	> 25 e ≤ 33
Suficiente	> 33 e ≤ 42
Excelente	> 42 - 50

Para se realizar um cálculo correto dos quatro índices indicados anteriormente e garantir a comparação entre eles, foi realizada uma padronização numa escala métrica variável entre 0 e 50, segundo a seguinte fórmula:

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

Em que:

I – Índice específico calculado

X – Média das questões respondidas para cada indivíduo

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

3 – Intervalo da média

50 – Valor máximo escolhido para a escala

Os índices foram padronizados, sendo o 0 referente ao valor mínimo de literacia em saúde e 50 o valor máximo de literacia em saúde ³.

O índice de massa corporal será calculado a partir dos dados de peso e altura de acordo com a seguinte fórmula ⁸³:

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{peso} / \text{altura}^2$$

A sua classificação será efetuada segundo a OMS (Tabela 5):

Tabela 5 – Categorias do Índice de Massa Corporal (kg/m²)

Classificação	IMC (kg/m ²)
Baixo Peso	< 18,5
Magreza extrema	<16
Magreza moderada	16 a 16,99
Magreza Ligeira	17 a 18,49
Peso Normal	18,5 a 24,99
Excesso de peso	≥ 25
Pré-obesidade	25,00 a 29,99
Obesidade	≥ 30
Obesidade grau I	30,00 a 34,99
Obesidade grau II	35,00 a 39,99
Obesidade grau II	≥ 40

(Fonte: Adaptado de: WHO, 1995 ⁴⁹)

3.8. Plano de tratamento de dados

Tenciona-se investigar qual a influência do nível de literacia em saúde no índice de massa corporal e nas doenças cardiometabólicas da amostra em estudo. De forma independente, cada variável em estudo foi analisada individualmente, sendo posteriormente aplicados testes estatísticos para verificar possíveis relações.

Os dados foram tratados com recurso a análises univariada e bivariada. O tratamento estatístico foi realizado informaticamente com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 26.0 e *Microsoft Excel*. Para o tratamento de dados foram elaboradas tabelas descritivas de caracterização do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde HLS-EU-PT-Q16, das características sociodemográficas, profissionais e de saúde.

3.8.1. Análise estatística univariada

A Tabela 6 apresenta a sistematização do plano de análise feito no âmbito deste trabalho. Para a análise das variáveis da literacia em saúde, as quais numéricas, foram construídas tabelas de distribuição de frequência, bem como medidas de localização (média e mediana) e de dispersão ou variabilidade (desvio padrão, valor máximo e mínimo).

Tabela 6 – Análise estatística univariada

Objetivos específicos	Variáveis	Tipo de variável	Estatística
Caracterizar a literacia em saúde da amostra	Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam.	Numérica	Frequências
	Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente.	Numérica	Frequências
	Compreender o que o seu médico lhe diz.	Numérica	Frequências
	Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado.	Numérica	Frequências
	Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico.	Numérica	Frequências
	Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença.	Numérica	Frequências
	Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico.	Numérica	Frequências
	Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o <i>stress</i> ou a depressão.	Numérica	Frequências
	Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool.	Numérica	Frequências
	Compreender porque precisa de fazer rastreios.	Numérica	Frequências
	Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança.	Numérica	Frequências
	Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação.	Numérica	Frequências
	Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental.	Numérica	Frequências
	Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos.	Numérica	Frequências
	Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável.	Numérica	Frequências
Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde.	Numérica	Frequências	
Descrever o nível de literacia em saúde da amostra	Score Literacia em Saúde (construída);	Numérica	Frequências Desvio padrão Média Mediana Min./Máx.
	Score Literacia em Saúde por classes;	Ordinal	Frequências
Caracterizar sociodemográfica da amostra	Nível de escolaridade;	Ordinal	Frequências
	Área de residência;	Nominal	Frequências
	Idade;	Numérica	Frequências Desvio padrão

			Média Mediana Min./Máx. Coeficiente de variação Quartis
	Sexo;	Nominal dicotômica	Frequências
	Idade por classes;	Ordinal	Frequências
	Estado civil	Nominal	Frequências
	Responsabilidade de aquisição e/ou confecção alimentar	Nominal dicotômica	Frequências
Caracterizar profissionalmente a amostra	Estabelecimento de ensino	Nominal	Frequências
	Nível de ensino;	Ordinal	Frequências
	Situação Profissional	Nominal	Frequências
Caracterizar a amostra quanto ao perfil de saúde	Presença de alguma doença cardiometabólica;	Nominal dicotômica	Frequências
	Presença de Obesidade	Nominal dicotômica	Frequências
	Presença de Diabetes	Nominal dicotômica	Frequências
	Presença de Hipertensão Arterial	Nominal dicotômica	Frequências
	Presença de Hipercolesterolemia	Nominal dicotômica	Frequências
	Presença de Doença Cardíaca	Nominal dicotômica	Frequências
	Número de doenças cardiometabólicas em simultâneo (construída);	Numérica	Frequências Desvio padrão Média Mediana Min./Máx
	Número de doenças cardiometabólicas em simultâneo por classes (construída);	Ordinal	Frequências
	Altura em centímetros	Numérica	Frequências Desvio padrão Média Mediana Min./Máx
	Peso em quilogramas	Numérica	Frequências Desvio padrão Média Mediana Min./Máx
	IMC (construída);	Numérica	Frequências Desvio padrão Média Mediana Min./Máx
	IMC por classes (construída);	Ordinal	Frequências

3.8.2. Análise estatística bivariada

Para avaliar a associação estatística entre as variáveis, a escolha do teste foi condicionada pelo tipo de variável⁸⁴⁻⁸⁶. Foi efetuada a análise bivariável com o objetivo de observar a relação entre o nível de literacia em saúde e as características sociodemográficas da amostra, a relação entre nível de literacia em saúde e as características profissionais da amostra e por fim, a relação entre nível de literacia em saúde e o perfil de saúde da amostra. Para o efeito foi realizado, para as variáveis numéricas o coeficiente de correlação de *Pearson*, para as variáveis ordinais o coeficiente de correlação de *Spearman* e para as variáveis nominais dicotómicas o Teste T e ANOVA, tendo em consideração o Teorema do Limite Central quanto à normalidade da distribuição (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise estatística bivariada

Objetivos específicos	Variáveis	Tipo de variável	Testes
Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características sociodemográficas da amostra	Score Literacia em Saúde (construída);	Numérica	
	Idade;	Numérica	Coefficiente de correlação de Pearson
	Sexo;	Nominal dicotómica	Teste t
	Nível de escolaridade;	Ordinal	Coefficiente de correlação de Spearman
	Responsabilidade de aquisição e/ou confeção alimentar;	Nominal	ANOVA
Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características profissionais da amostra	Score Literacia em Saúde (construída);	Numérica	
	Estabelecimento de ensino;	Nominal dicotómica	Teste t
	Nível de ensino	Nominal	ANOVA
Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e o perfil de saúde da amostra	Score Literacia em Saúde (construída);	Numérica	
	Presença de Obesidade;	Nominal dicotómica	Teste t
	Presença de Diabetes;	Nominal dicotómica	Teste t
	Presença de Hipertensão Arterial;	Nominal dicotómica	Teste t
	Presença de Hipercolesterolemia;	Nominal dicotómica	Teste t
	Presença de Doença Cardíaca;	Nominal dicotómica	Teste t
	Número de doenças cardiometabólicas em simultâneo (construída);	Numérica	Coefficiente de correlação de Pearson
IMC (construída);	Numérica	Coefficiente de correlação de Pearson	

3.9. Considerações éticas

Aos participantes da presente investigação, foi explicado, por escrito, os objetivos, sendo que os mesmos concordaram com o consentimento, voluntário, livre e esclarecido.

O anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos foram garantidos e utilizados unicamente para fins académicos. A participação nesta investigação, por parte dos sujeitos, não requereu quaisquer encargos ou despesas, exceto o tempo necessário para preenchimento do questionário.

4. RESULTADOS

O presente capítulo pretende mostrar, de forma organizada os resultados obtidos, de acordo com os objetivos e as opções metodológicas anteriormente explicitadas. Em primeiro lugar é efetuada uma análise descritiva, com a caracterização da amostra de acordo com as características sociodemográficas e características profissionais.

Posteriormente procedeu-se à caracterização da Literacia em Saúde da amostra em estudo, a partir da análise das respostas ao questionário HLS-EU-Q16.

Seguidamente são apresentados os resultados referentes aos níveis de Literacia em Saúde e a caracterização do perfil da saúde da amostra.

Por fim, é efetuado um cruzamento entre a Literacia em Saúde e as outras variáveis em estudo, com a finalidade de se identificar fatores que podem ter impacto nos níveis de Literacia em Saúde da amostra.

4.1. Análise estatística univariada

4.1.1. Caracterização da amostra

O sexo feminino é o mais representativo da amostra (76,5%); a maior percentagem da amostra apresentava entre os 40 e os 49 anos (38,6%); a maioria da amostra referiu o estado civil de casado/união de fato (70,1%); as áreas de residência com maior taxa de resposta segundo NUTSII foram o Norte (29,3%) e Centro (26,9%).

Relativamente à responsabilidade pela aquisição e confeção dos alimentos a generalidade da amostra indicou ser da sua responsabilidade (61,4%). O nível académico com maior destaque foi a licenciatura (73,9%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização sociodemográfica da amostra

	n	%
SEXO (n=1157)		
Feminino	883	76,5%
Masculino	272	23,5%
IDADE EM ANOS (n=1157)		
24 - 29 anos	19	1,6%
30 - 39 anos	126	10,9%
40 - 49 anos	447	38,6%
50 - 59 anos	426	36,8%
≥ 60 anos	139	12,0%
ESTADO CIVIL (n=1155)		
Solteiro	187	16,2%
Casado/união de facto	810	70,1%
Divorciado/separado	143	12,4%
Viúvo	15	1,3%
ÁREA GEOGRÁFICA DE RESIDÊNCIA (n=1157)		
Norte	339	29,3%
Algarve	75	6,5%
Centro	311	26,9%
Área metropolitana de Lisboa	183	15,8%
Alentejo	49	4,2%
Região Autónoma dos Açores	168	14,5%
Região Autónoma da Madeira	32	2,8%
RESPONSABILIDADE DE AQUISIÇÃO E CONFEÇÃO DE ALIMENTOS EM CASA (n=1157)		
Sim	710	61,4%
Não	45	3,9%
Partilhada	402	34,7%
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (n=1157)		
Secundário	1	0,1%
Licenciatura	855	73,9%
Mestrado	271	23,4%
Doutoramento	18	1,6%
Outros	12	1,0%

Os inquiridos têm idades compreendidas entre 24 (valor mínimo) e 70 (valor máximo) anos e apresentam uma média de 49,20 anos ($\sigma = 8,3$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização da amostra pela idade

Média	49,2
Mediana	49,0
Desvio Padrão	8,3
Mínimo	24
Máximo	70
Percentis	
25	43,0
50	49,0
75	56,0

A maior percentagem da amostra exerce funções em estabelecimentos públicos (97,2%) e 47,4% e 44,3% da amostra leciona no 3ºciclo e secundário respetivamente (Tabela 10).

Tabela 10 – Caracterização profissional da amostra

	n	%
ESTABELECIMENTO DE ENSINO EM QUE EXERCE FUNÇÕES (n=1151)		
Público	1119	97,2%
Privado	32	2,8%
NÍVEL DE ENSINO EM QUE EXERCE FUNÇÕES (n=1157)		
Pré-escolar	113	10,3%
1ºciclo	272	24,5%
2ºciclo	336	29,0%
3ºciclo	526	47,4%
Secundário	490	44,3%

4.1.2. Caracterização da literacia em saúde da amostra em estudo

Ao interpretar as respostas obtidas dos participantes ao Questionário Europeu de Literacia em Saúde evidenciam-se os seguintes aspetos: 98,9% dos inquiridos consegue compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que lhe foi receitado; 98,2% dos inquiridos consegue compreender porque precisa de fazer rastreios, 96,6% segue as instruções do seu médico ou farmacêutico e 96,4% compreende os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool.

Em contrapartida 39,4% da amostra em estudo não consegue avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança, 39,1% não consegue com base em informação dos meios de comunicação decidir-se como se pode

proteger da doença, 37,9% não consegue encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o *stress* ou a depressão e 31,7% não consegue avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição da amostra por número e percentagens ao Questionário Europeu de Literacia em Saúde

	Muito difícil		Difícil		Fácil		Muito fácil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a ...								
1. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	13	1,1%	182	16,0%	651	57,2%	293	25,7%
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	19	1,6%	255	22,1%	631	54,8%	247	21,4%
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	4	0,3%	82	7,1%	644	55,8%	425	36,8%
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que lhe foi receitado?	1	0,1%	12	1,0%	466	40,5%	672	58,4%
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	24	2,1%	338	29,6%	537	47,1%	242	21,2%
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	15	1,3%	247	21,5%	627	54,7%	258	22,5%
7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1	0,1%	38	3,3%	559	48,4%	556	48,2%
8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	65	5,8%	357	32,1%	515	46,3%	176	15,8%
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	8	0,7%	33	2,9%	416	36,7%	677	59,7%
10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	2	0,2%	19	1,7%	451	39,6%	668	58,6%
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	52	4,6%	397	34,8%	519	45,5%	172	15,1%
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	55	4,8%	389	34,3%	540	47,6%	151	13,3%
13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	13	1,1%	164	14,3%	581	50,7%	389	33,9%
14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	27	2,4%	188	16,4%	650	56,9%	278	24,3%
15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	23	2,0%	140	12,2%	655	57,0%	331	28,8%
16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	7	0,6%	110	9,6%	605	52,9%	422	36,9%

4.1.3. Avaliar o nível de literacia em saúde da amostra

No que concerne ao nível de literacia em saúde foram observadas pontuações entre 11,46 (característico do nível inadequado de Literacia em Saúde) e 50,00 (característico do nível excelente de Literacia em Saúde) pontos, tendo como valor médio 35,5.

Ao analisar-se a Literacia em Saúde Geral dos inquiridos, observou-se que 65,7% apresenta um nível adequado e 34,3% com um nível inadequado.

Verificou-se que, em termos gerais, 40.9% da população inquirida evidenciaram um nível suficiente de literacia geral em saúde, seguidos de 26.4% que revelaram um nível problemático de Literacia em Saúde Geral (Gráfico 1).

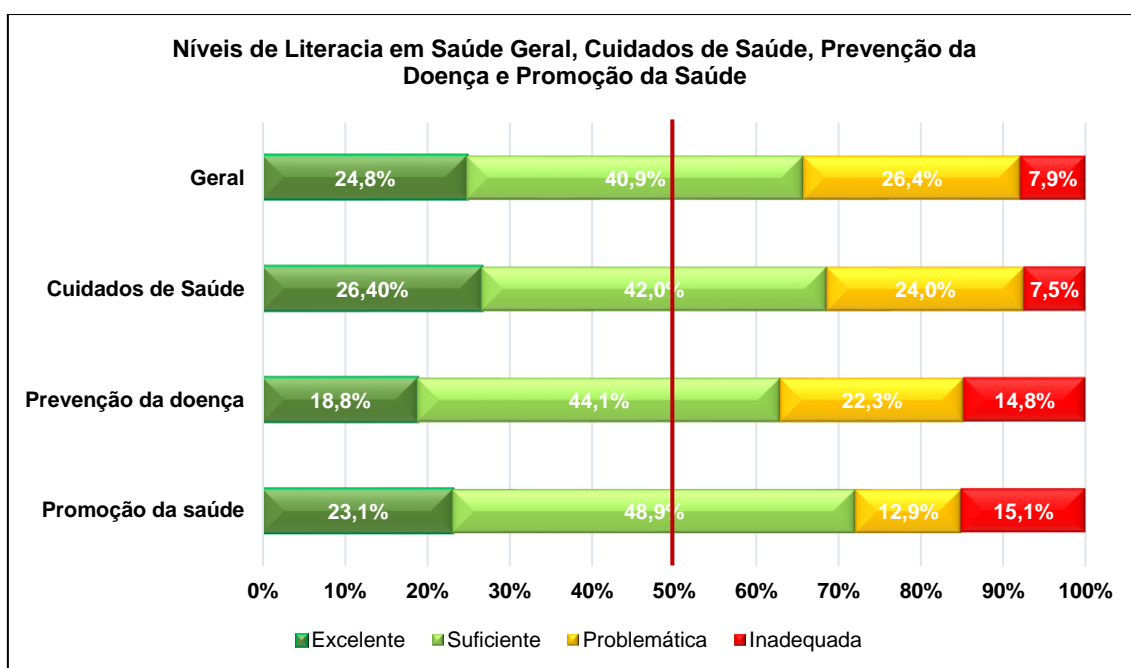
Na dimensão Cuidados de Saúde, constatou-se que 42% (n = 483) apresenta um nível de suficiente de Literacia em Saúde e 31,5% apresenta um nível problemático ou inadequado (Gráfico 1).

É na Dimensão Prevenção da Doença que se evidenciam os valores mais preocupantes, onde 37,1% da amostra apresenta um nível problemático (n = 253) ou inadequado (n = 168) de Literacia em Saúde (Gráfico 1).

No que concerne à dimensão de Promoção da Saúde, 72% dos inquiridos apresenta um nível excelente (n = 267) ou suficiente (n = 564) de Literacia em Saúde (Gráfico 1).

Em suma podemos analisar que a tendência da Literacia em Saúde nos três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) acompanha a da Literacia em Saúde Geral, ou seja, uma maior percentagem de indivíduos com literacia suficiente (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Percentagens Níveis de Literacia em Saúde Geral, Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

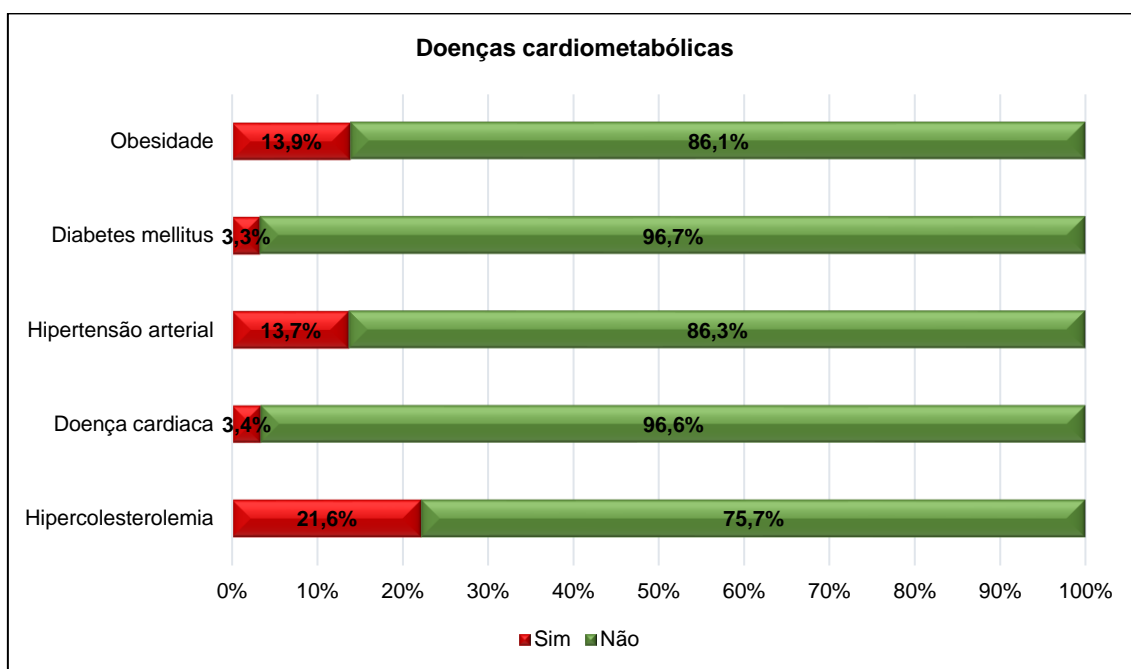


4.1.4. Caracterizar a amostra quanto ao perfil de saúde

Ao analisar a amostra em estudo no que respeita à presença de doença cardiometabólica, observou-se que 39,1% (n = 452) apresentam uma ou mais das doenças analisadas.

A patologia mais reportada foi a hipercolesterolemia (21,6%, n = 241), seguindo-se 13,9% de obesidade (n = 158) (Gráfico 2).

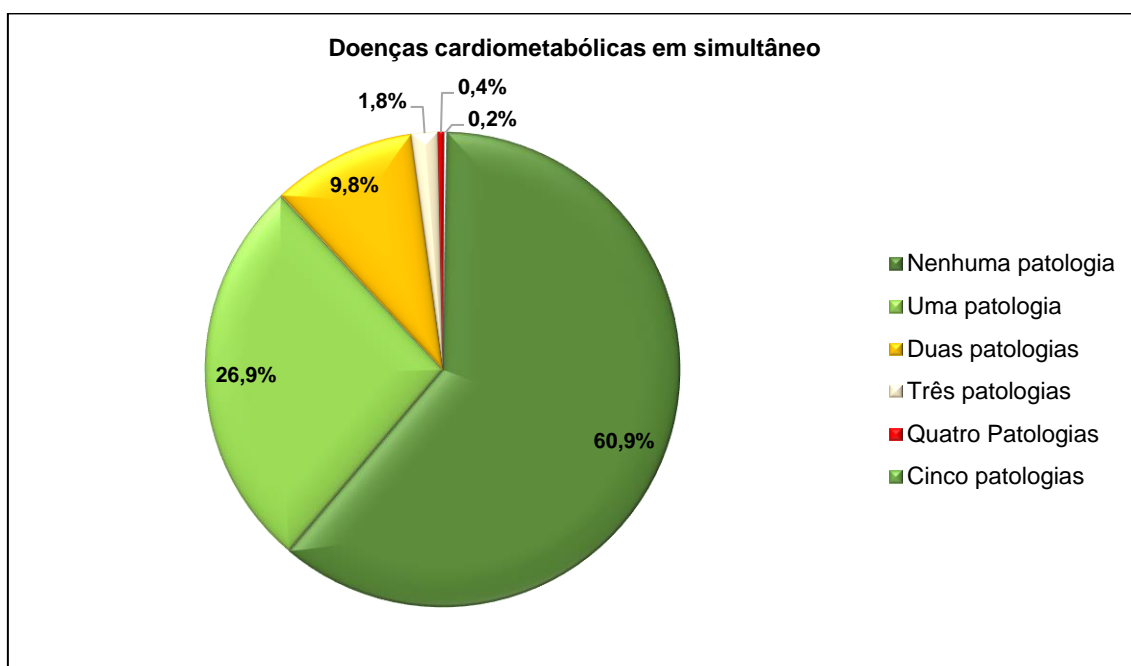
Gráfico 2 – Percentagens de doenças cardiometabólicas



Ao analisar a população inquirida no que respeita à presença de doença cardiometabólica em simultâneo, observou-se que 60,9% (n = 705) não apresenta nenhuma das patologias em análise, no entanto importa salientar que 452 inquiridos indicaram ter doença cardiometabólica, dos quais 26,9% uma patologia e 9,8% duas patologias (Gráfico 3).

No que concerne ainda à presença de doença cardiometabólica, verificou-se que o valor mínimo é não apresentar nenhuma patologia e o valor máximo apresentar as cinco patologias em análise. Quanto à morbilidade múltipla (mais do que uma patologia em simultâneo) foi observado como mediana ter duas doenças em simultâneo.

Gráfico 3 – Percentagens de doenças cardiometabólicas em simultâneo

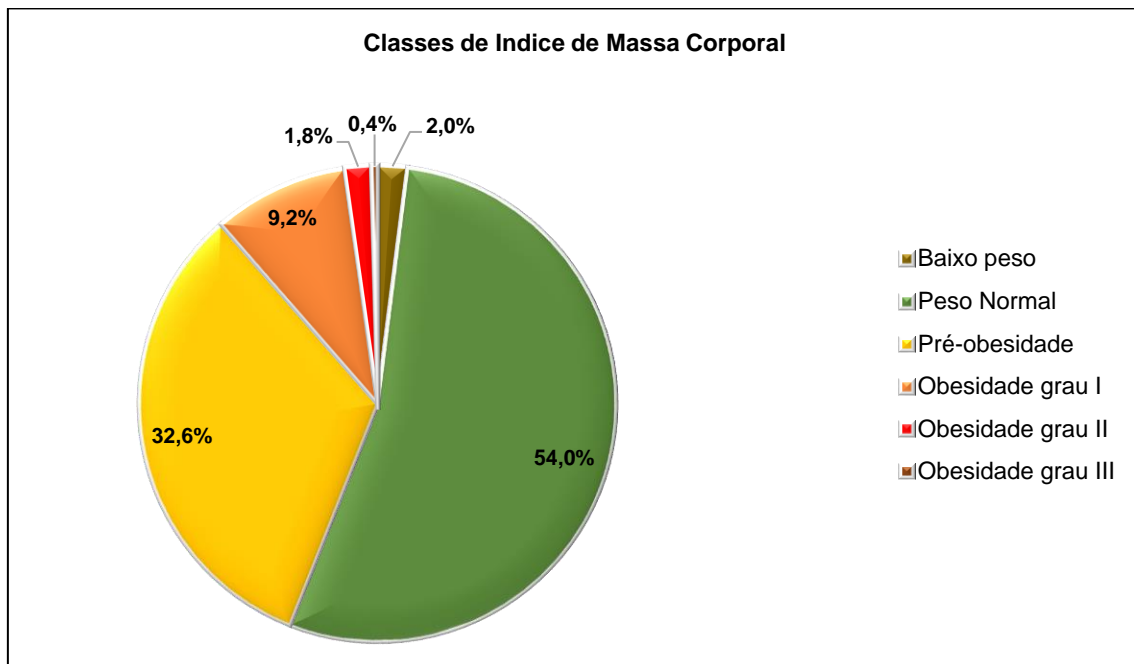


A amostra em estudo apresenta alturas entre 113 cm (valor mínimo) e 196 cm (valor máximo), apresentando como média 165,23 cm ($\sigma = 8,6$). No que concerne ao indicador de peso, observaram-se valores entre 36,0 kg (valor mínimo) e 116,0 kg (valor máximo), mostrando como média o valor de 68,5 ($\sigma = 12,8$).

O índice de massa corporal é obtido a partir da relação entre o peso e a altura ². A média deste indicador foi de 25,0413 kg/m² ($\sigma = 4,0$, min = 13,6 kg/m², máx = 43,7 kg/m²), o que significa que a média da população se situa no nível Pré-obesidade.

No Gráfico 4 apresenta-se a distribuição da amostra pelas classes do índice de massa corporal, sendo que 54,0% (n = 625) da amostra apresenta um peso normal, salienta-se no entanto que 44,0% mostra este indicador acima do recomendado (n = 509).

Gráfico 4 – Percentagens das classes de Índice de Massa Corporal



4.2. Análise estatística bivariada

4.2.1. Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características sociodemográficas da amostra

Foi aferida, através da inferência estatística, a existência de relação entre os níveis de Literacia em Saúde e as características sociodemográficas da amostra, deste modo, apresentam-se os resultados com significado estatístico para um intervalo de confiança de 95%.

A relação entre os níveis de Literacia em Saúde e a idade foi efetuada através da aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson* não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas em que $p = 0,5$ ($p > 0,05$) (Tabela 12).

Tabela 12 – Correlações entre Literacia em Saúde e Idade

		Literacia em Saúde	Qual a sua idade (em anos completos)?
Literacia em Saúde	Correlação de Pearson	1	-,021
	Sig. (bilateral)		,477
	N	1157	1157
Qual a sua idade (em anos completos)?	Correlação de Pearson	-,021	1
	Sig. (bilateral)	,477	
	N	1157	1157

Ao comparar as médias da relação entre o sexo e os níveis de Literacia em Saúde verificou-se que se comportam da mesma maneira (Tabela 13) e a análise da

Tabela 14 permitiu concluir que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa em que $p = 0,272$ ($p > 0,05$). Estes resultados foram obtidos através da aplicação do teste de *T – Student*.

Tabela 13 – Comparação da Literacia em Saúde em função do sexo

Literacia em Saúde			
Sexo	n	Média	Desvio padrão
Masculino	272	35,0571	7,32509
Feminino	883	35,6197	7,39898

Tabela 14 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Sexo)

Literacia em Saúde		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias	
		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)
Literacia em Saúde	Variâncias iguais assumidas	,538	,463	-1,099	,272
	Variâncias iguais não assumidas			-1,105	,270

Verificou-se uma correlação positiva entre a Literacia em Saúde e o grau académico ($r = 0,102$ e $p = 0,001$) (Tabela 15), isto é, quanto maior o grau académico mais elevado é o nível de Literacia em Saúde.

Tabela 15 – Correlação entre Literacia em Saúde e Grau Académico

		Assinale o seu grau académico (completo):	Literacia em Saúde
Assinale o seu grau académico (completo)	Coeficiente de Correlação	1,000	,102**
	Sig. (2 extremidades)	.	,001
	N	1145	1145
Literacia em Saúde	Coeficiente de Correlação	,102**	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,001	.
	N	1145	1157

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Ao analisar Tabela 16 observa-se uma tendência crescente do nível de Literacia em Saúde em função do grau académico.

Tabela 16 – Correlação entre Literacia em Saúde e Grau Académico

		Nível de Literacia em Saúde					Total
			Inadequada	Problemática	Suficiente	Excelente	
Grau Académico Completo	Ensino Secundário	n	0	0	1	0	1
		%	0%	0%	0,2%	0%	0,1%
	Licenciatura	n	75	241	341	198	855
		%	84,3%	79,5%	72,9%	69,5%	74,7%
	Mestrado	n	13	59	119	80	271
		%	14,6%	19,5%	25,4%	28,1%	23,7%
	Doutoramento	n	1	3	7	7	18
		%	1,1%	1%	1,5%	2,5%	1,6%
	Total	n	89	303	468	285	1145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

Quanto à responsabilidade de aquisição e confeção alimentar, o score de Literacia em Saúde é significativamente diferente, observa-se que a média é inferior entre os inquiridos que não apresentam esta responsabilidade (34,6) situando-se todos no nível suficiente de Literacia em Saúde, no entanto pode-se concluir que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa em que $p = 0,619$ ($p > 0.05$) (Tabela 17).

Tabela 17 – Análise descritiva da correlação entre Literacia em Saúde e Responsabilidade por aquisição e confeção alimentar

Literacia em Saúde						
	N	Média	Mínimo	Máximo	F	Sig.
Sim	710	35,6068	11,46	50,00		
Não	45	34,5765	17,95	48,96		
Partilhada	402	35,3767	12,50	50,00		
Total	1157	35,4868	11,46	50,00		
					,481*	,619*

*Teste ANOVA

4.2.2. Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características profissionais

Constatou-se que as médias da relação entre os níveis de Literacia em Saúde e o tipo de estabelecimento onde exerce a função de professor não se comportam da mesma maneira (Tabela 18).

Tabela 18 – Comparação da Literacia em Saúde em função do Estabelecimento de Ensino

Estatísticas de grupo				
	Em que tipo de estabelecimento de ensino exerce a função de professor?	N	Média	Erro Desvio
Literacia em Saúde	Público	1119	35,5281	7,35316
	Privado	32	34,5918	8,49800

Verifica-se que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa em que $p = 0,480$ ($p > 0,05$) (Tabela 19).

Tabela 19 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Estabelecimento de Ensino)

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias	
		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)
Literacia em Saúde	Variâncias iguais assumidas	,294	,588	,707	,480
	Variâncias iguais não assumidas			,617	,542

O score de Literacia em Saúde é significativamente diferente segundo o nível de ensino onde exercem a função de professor, podendo-se observar que a média é inferior entre

os inquiridos que lecionam no Pré-primário (32,36) situando-os no nível de Literacia em Saúde problemática, sendo que a restante amostra, com uma média superior, encontra-se no nível suficiente. De acordo com o teste ANOVA e Teste Brown-Forsythe, observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de Literacia em Saúde $p < 0,01$ (Tabela 20).

Tabela 20 – Análise descritiva da correlação entre Literacia em Saúde e Grau Académico de Ensino

Literacia em Saúde						
	N	Média	Mínimo	Máximo	F	Sig.
Pré-primário	84	32,3556	11,46	47,92		
1º Ciclo	143	34,2557	16,67	50,00		
2º Ciclo	129	35,6388	18,75	50,00		
3º Ciclo	144	36,1031	12,50	50,00		
Secundário	167	36,4321	17,71	50,00		
Total	667	35,2277	11,46	50,00		
					5,808*	,000*
Teste <i>Brown-Forsythe</i> (teste robusto igualdade das médias)					5,855	,000

*Teste ANOVA

Ao realizar comparações múltiplas entre um nível de ensino com os restantes verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de Literacia em Saúde. Assim, os inquiridos que exercem funções no Pré-Primário, apresentam diferenças estatisticamente significativas com os inquiridos que lecionam no 2ºciclo ($p = 0,009$), no 3º ciclo ($p = 0,002$) e no secundário ($p < 0,01$). Os que lecionam no 2ºciclo apresentam diferenças com os do pré-primário ($p = 0,009$). Os do 3º ciclo mostram diferenças em comparação com os do pré-primário ($p = 0,002$) e os do secundário demonstram diferenças com os do pré-primário ($p < 0,01$). Nenhuma das outras diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativas ($p > 0.05$) (Tabela 21).

Tabela 21 – Teste Post Hoc - Comparações Múltiplas (Literacia em Saúde e Níveis de Ensino)

Literacia em Saúde						
Tamhane						
(I) Em que grau de ensino exerce a função de professor?	(J) Em que grau de ensino exerce a função de professor?	Diferença média (I-J)	Erro Erro	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Pré-primário	1º Ciclo	-1,90019	,98803	,438	-4,7010	,9006
	2º Ciclo	-3,28324*	,97039	,009	-6,0360	-,5304
	3º Ciclo	-3,74751*	,99269	,002	-6,5612	-,9339
	Secundário	-4,07658*	,96152	,000	-6,8036	-1,3495
1º Ciclo	Pré-primário	1,90019	,98803	,438	-,9006	4,7010
	2º Ciclo	-1,38305	,84525	,663	-3,7689	1,0028
	3º Ciclo	-1,84732	,87076	,298	-4,3042	,6095
	Secundário	-2,17639	,83505	,092	-4,5315	,1787
2º Ciclo	Pré-primário	3,28324*	,97039	,009	,5304	6,0360
	1º Ciclo	1,38305	,84525	,663	-1,0028	3,7689
	3º Ciclo	-,46427	,85069	1,000	-2,8654	1,9369
	Secundário	-,79335	,81410	,982	-3,0902	1,5035
3º Ciclo	Pré-primário	3,74751*	,99269	,002	,9339	6,5612
	1º Ciclo	1,84732	,87076	,298	-,6095	4,3042
	2º Ciclo	,46427	,85069	1,000	-1,9369	2,8654
	Secundário	-,32907	,84056	1,000	-2,6997	2,0416
Secundário	Pré-primário	4,07658*	,96152	,000	1,3495	6,8036
	1º Ciclo	2,17639	,83505	,092	-,1787	4,5315
	2º Ciclo	,79335	,81410	,982	-1,5035	3,0902
	3º Ciclo	,32907	,84056	1,000	-2,0416	2,6997

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

4.2.3. Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e o perfil de saúde da amostra

O score de Literacia em Saúde é significativamente diferente segundo ter ou não ter alguma doença cardiometabólica, verifica-se que a média é inferior entre os inquiridos que apresentam doença cardiometabólica em comparação com os que não apresentam, situando-se, no entanto, todos no nível suficiente de Literacia em Saúde. Constatou-se que as médias da relação entre os níveis de Literacia em Saúde e a presença ou não de doença são todas diferentes (Tabela 22).

Tabela 22 – Análise descritiva da correlação entre Literacia em Saúde e Doenças Cardiometabólicas

			N	Média	Desvio Padrão
Literacia em Saúde	Obesidade	Sim	158	34,6432	7,54139
		Não	976	35,6934	7,27388
	Diabetes	Sim	38	34,1301	7,45730
		Não	1100	35,6315	7,32001
	Hipertensão Arterial	Sim	155	33,8006	7,89574
		Não	977	35,8164	7,21782
	Doença Cardiovascular	Sim	38	35,8370	7,04318
		Não	1068	35,6675	7,30133
	Hipercolesterolemia	Sim	241	34,6148	7,72764
		Não	876	35,8353	7,19312

A partir da análise da Tabela 23 verifica-se que, quanto à Obesidade reportada pelo inquirido, as diferenças observadas não podem ser consideradas estatisticamente significativa, dado que $p = 0,094$ ($p > 0,05$).

Tabela 23 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Obesidade)

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias		
Literacia em Saúde		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferença média
	Variâncias iguais assumidas	,420	,517	-1,675	,094	-1,05025
	Variâncias iguais não assumidas			-1,632	,104	-1,05025

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre Literacia em Saúde e a Diabetes ($p > 0,05$) (Tabela 24).

Tabela 24 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Diabetes)

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias		
Literacia em Saúde		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferença média
	Variâncias iguais assumidas	,035	,852	-1,242	,214	-1,50140
	Variâncias iguais não assumidas			-1,221	,229	-1,50140

Apurou-se uma correlação entre a Literacia em Saúde e a Hipertensão Arterial ($p = 0,001$) (Tabela 25).

Tabela 25 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Hipertensão Arterial)

		Teste de <i>Levene</i> para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias		
Literacia em Saúde		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferença média
	Variâncias iguais assumidas	,307	,580	-3,188	,001	-2,01589
	Variâncias iguais não assumidas			-2,987	,003	-2,01589

Através da análise da Tabela 26 verifica-se que são os inquiridos que não apresentam Hipertensão arterial que detêm em maior percentagem os níveis suficiente (86,7%) e excelente (90,1%) de Literacia em Saúde.

Tabela 26 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Hipertensão Arterial

		Literacia em Saúde					
			Inadequado	Problemático	Suficiente	Excelente	Total
Hipertensão Arterial	Sim	n	19	46	62	28	155
		%	21,8%	15,5%	13,3%	9,9%	13,7%
	Não	n	68	250	404	255	977
		%	78,2%	84,5%	86,7%	90,1%	86,3%
Total		n	87	296	466	283	1132
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A partir da análise da Tabela 27 pode concluir-se que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa em que $p = 0,888$ ($p > 0,05$), ou seja, não se observam evidências de que a Literacia em Saúde seja influenciada pela presença ou não de doença cardiovascular dos inquiridos.

Tabela 27 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Doença Cardiovascular)

		Teste de <i>Levene</i> para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias		
Literacia em Saúde		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferença média
	Variâncias iguais assumidas	,000	,989	,141	,888	,16952
	Variâncias iguais não assumidas			,146	,885	,16952

Ao realizar testes de amostras independentes, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de Literacia em Saúde e a Hipercolesterolemia, em que $p = 0,022$ ($p < 0,05$) (Tabela 28).

Tabela 28 – Teste de amostras independentes (Literacia em Saúde e Hipercolesterolemia)

		Teste de <i>Levene</i> para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias		
Literacia em Saúde		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferença média
	Variâncias iguais assumidas	2,223	,136	-2,295	,022	-1,22049
	Variâncias iguais não assumidas			-2,203	,028	-1,22049

Ao realizar-se uma tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Hipercolesterolemia, constatou-se que grande percentagem dos inquiridos que não tem hipercolesterolemia apresentam um nível de Literacia em Saúde suficiente ou excelente. Em contrapartida os inquiridos que demonstram a patologia mencionada encontram-se nos níveis inadequados e problemático de Literacia em Saúde (Tabela 29).

Tabela 29 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Hipercolesterolemia

		Literacia em Saúde					
			Inadequado	Problemático	Suficiente	Excelente	Total
Hipercolesterolemia	Sim	n	29	69	91	52	241
		%	34,5%	23,4%	19,8%	18,6%	21,6%
	Não	n	55	226	368	227	876
		%	65,5%	76,6%	80,2%	81,4%	78,4%
Total		n	84	295	459	279	1117
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Verificou-se uma correlação negativa entre a Literacia em Saúde e a morbidade múltipla ($r = -0,094$ e $p = 0,001$) isto é, quanto maior o número de patologias menor é o Literacia em Saúde (Tabela 30).

Tabela 30 – Correlações entre Literacia em Saúde e Número de Doenças Cardiometabólicas em Simultâneo

		Nº de Doenças em simultâneo	Literacia em Saúde
Literacia em Saúde	Coeficiente de Correlação	1	-,094**
	Sig. (2 extremidades)		,001
	N	1157	1157
Nº de doenças em simultâneo	Coeficiente de Correlação	-,094**	1
	Sig. (2 extremidades)	,001	
	N	1157	1157

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Ao efetuar-se uma tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Doenças cardiometabólicas em simultâneo, apurou-se que quanto maior o nível de Literacia em Saúde menor é a percentagem de inquiridos que o apresentam, isto é, no nível excelente observa-se que quem não apresentava nenhuma patologia (65,2%) encontra-se no nível mencionado anteriormente, já para quem referiu ter quatro patologias nenhum se encontra neste nível (Tabela 31).

Tabela 31 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Número de Doenças Cardiometabólicas em Simultâneo

		Literacia em Saúde					Total	
		n	Inadequado	Problemático	Suficiente	Excelente		
Número de Doenças Cardiometabólicas em simultâneo	Nenhuma	n	42	173	303	187	705	
		%	46,2%	56,5%	64,1%	65,2%	60,9%	
	Uma	n	33	89	112	77	311	
		%	36,3%	29,1%	23,7%	26,8%	26,9%	
	Duas	n	12	39	45	17	113	
		%	13,2%	12,7%	9,5%	5,9%	9,8%	
	Três	n	3	3	10	5	21	
		%	3,3%	1,0%	2,1%	1,7%	1,8%	
	Quatro	n	1	2	2	0	5	
		%	1,1%	0,7%	0,4%	0,0%	0,4%	
	Cinco	n	0	0	1	1	2	
		%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,2%	
	Total		n	91	306	473	287	1157
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

O score de Literacia em Saúde é significativamente diferente segundo ter ou não ter morbidade, verifica-se que a média é inferior entre os inquiridos que apresentam morbidade em confronto com os que não apresentam, situando-se, no entanto, todos

no nível suficiente de Literacia em Saúde. Os que não apresentam morbidade apresentam em média um nível de Literacia em Saúde superior (Tabela 32).

Tabela 32 – Análise descritiva da correlação entre Literacia em Saúde e Morbidade

	Morbidade dicotómica	N	Média	Desvio Padrão
Literacia em Saúde	Não	705	35,9982	7,12743
	Sim	452	34,6892	7,69382

Ao realizarem-se testes de amostras independentes, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o Nível de Literacia em Saúde e a presença de doença cardiometabólica, em que $p = 0,003$ ($p < 0,05$) (Tabela 33).

Tabela 33 – Correlações entre Literacia em Saúde e Morbidade

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias		
Literacia em Saúde		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferença média
	Variâncias iguais assumidas	4,187	,041	2,954	,003	1,30902
	Variâncias iguais não assumidas			2,905	,004	1,30902

A partir da análise da Tabela 34 verifica-se uma tendência crescente no nível de Literacia em Saúde para o grupo que não apresenta doença cardiometabólica, em comparação, o grupo que apresenta morbidade demonstra uma tendência decrescente. No nível de Literacia em Saúde excelente, observa-se que são os inquiridos que não apresentam morbidade que se destacam (65,2%) em comparação com os inquiridos que apresentam (34,8%).

Tabela 34 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Morbidade

		Literacia em Saúde					Total
		Inadequado	Problemático	Suficiente	Excelente		
Morbidade	Não	n	42	173	303	187	705
		%	46,2%	56,5%	64,1%	65,2%	60,9%
	Sim	n	49	133	170	100	452
		%	53,8%	43,5%	35,9%	34,8%	39,1%
Total	n	91	306	473	287	11151	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Ao aplicar o teste de coeficiente de correlação linear de Pearson, o qual permite testar se a relação entre duas variáveis contínuas existe, observou-se uma correlação negativa entre a Literacia em Saúde e o Índice de Massa Corporal ($r = -0,063$ e $p = 0,032$) isto é, quanto maior o Índice de Massa Corporal, menor é o nível de Literacia em Saúde (Tabela 35).

Tabela 35 – Correlações entre Literacia em Saúde e Índice de Massa Corporal

		IMC	Literacia em Saúde
IMC (kg/m ²)	Correlação de Pearson	1	-,063*
	Sig. (bilateral)		,032
	N	1157	1157
Literacia em Saúde	Correlação de Pearson	-,063*	1
	Sig. (bilateral)	,032	
	N	1157	1157

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Ao efetuar-se uma tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Índice de Massa Corporal, apurou-se que o nível de Literacia em Saúde aumenta para os inquiridos que apresentam peso normal (42,9%; 47,7%; 58,6% e 56,8%). No entanto para os inquiridos que apresentam excesso de peso já se observa o contrário, o nível de Literacia em Saúde diminui (56,0%; 49,7%; 40,0% e 40,8%) (Tabela 36).

Tabela 36 – Tabulação cruzada entre Literacia em Saúde e Índice de Massa Corporal

		Literacia em Saúde					Total
			Inadequado	Problemático	Suficiente	Excelente	
IMC (kg/m ²)	Baixo peso	n	1	8	7	7	23
		%	1,1%	2,6%	1,5%	2,4%	2,0%
	Normoponderalidade	n	39	146	277	163	625
		%	42,9%	47,7%	58,6%	56,8%	54,0%
	Excesso de peso (pré-obesidade e obesidade)	n	51	152	189	117	509
		%	56,0%	49,7%	40,0%	40,8%	44,0%
Total		n	91	306	473	287	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5. DISCUSSÃO

O presente capítulo pretende interpretar os resultados obtidos à luz da fundamentação teórica pesquisada e com resultados encontrados por outros investigadores e com base no conhecimento atual, tendo sempre como foco a pergunta de investigação e os objetivos definidos na presente investigação.

No âmbito do estudo apresentado, a amostra foi constituída por professores que responderam na íntegra ao questionário disponibilizado por correio eletrónico. A lecionar em Portugal existem atualmente 146.830 professores, deste número participaram no presente estudo 1.157 professores. De salientar que o tamanho da amostra do presente estudo foi representativo da população nacional de professores, para um nível de confiança de 99,9% e margem de erro de cerca de 5%.

No que diz respeito às características desta amostra é de salientar que estas são em vários aspetos semelhantes às características do Universo de professores a lecionar em Portugal (Continental e Ilhas).

O total dos inquiridos foi constituído maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (883F e 272M). Esta especificidade deve-se ao facto de o exercício da profissão ser essencialmente executada por mulheres (114 461F e 32 369M) ^{87,88}. O que reforça a importância de a amostra ser constituída maioritariamente por mulheres, em percentagem semelhante à distribuição nacional.

Relativamente às faixas etárias dos inquiridos, foram observadas diferenças. Apesar de a amostra ser constituída em 75% por professores com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos, é de salientar que esta é a realidade de professores em Portugal, uma profissão a ficar gradualmente envelhecida. As faixas etárias mais representativas foram as de 40-49 anos (38,6%) e dos 50-59 anos (36,8%). O grau académico mais reportado foi o de licenciatura (73,9%), resultados estes que estão em conformidade com os resultados divulgados pela Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência 2019 ⁸⁹.

A área geográfica, de acordo com os NUTS II, que apresentou maior taxa de participação na investigação foi a região do Norte (29,3%), resultado este que poderá estar justificado por, nesta zona, o número de docentes ser superior, em comparação com as outras zonas do país ⁸⁹.

A avaliação da Literacia em Saúde tem tido grande destaque na atualidade, sendo que a sua avaliação tem sido efetuada em diferentes populações e em vários grupos ^{9-11,24,90-92}. A utilização de um instrumento comum para aferição dos níveis de literacia em saúde

em diferentes é essencial, por forma a posteriormente ser possível comparar resultados obtidos em diferentes âmbitos. A comparação da mesma problemática, usando os mesmos métodos, entre diferentes países europeus, por exemplo, é o que vai permitir, sobre o mesmo tema, a consolidação de uma estratégia europeia concertada.

Afirmada a importância da avaliação da literacia em saúde, torna-se fundamental a interpretação dos resultados obtidos da amostra em estudo, isto é, quanto maior a pontuação obtida, maior é o nível de Literacia em Saúde do inquirido.

Da amostra em estudo, 98,9% consegue compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que lhe foi prescrito, 98,2% consegue compreender porque precisa de fazer rastreios, 39,4% não consegue avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança e 39,1% não consegue com base em informação dos meios de comunicação decidir-se como se pode proteger da doença, com isto, conclui-se que os inquiridos apresentam mais dificuldades nas variáveis que dizem respeito à literacia crítica e em contrapartida as variáveis que apresentam mais facilidade são referentes a competências de literacia funcional. Com este resultado, é reforçada a forma piramidal proposta por *Nutbeam* ²².

No presente estudo, observou-se ainda que o nível de literacia em saúde geral variou entre 11,46 e 50,00 (0-50), sendo que 34,3% da população em estudo apresenta um nível negativo de literacia em saúde geral, resultado este que contraria o observado aquando da avaliação na população portuguesa geral no estudo levado a cabo por Pedro, Amaral e Escoval ⁵ que revelou que 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia em saúde geral problemático ou inadequado, bem como no estudo de Espanha, Ávila e Mendes (2016) ⁴ em que 49% dos inquiridos apresentou um nível de literacia problemático ou inadequado. No entanto, se tivermos em consideração as características da amostra, como o grau académico (amostra com 75% de licenciados), a idade (menor representação de idosos) e a situação perante o emprego (empregados), estas podem explicar as diferenças nos resultados encontrados.

Quando comparando com os resultados obtidos por *Sørensen* (2015) ³, analisando por país, encontramos resultados mais próximos na Holanda, que se observa um nível superior de literacia em saúde geral, em que somente 28,7% da população tem um nível inadequado ou problemático.

Ao observar os resultados obtidos pelo autor supracitado, em que os níveis de literacia em saúde geral, estes são bem diferentes nos 8 países que integraram no estudo, 62,7% dos inquiridos da Bulgária e 58,3% da Espanha apresentaram um nível limitado (inadequado e problemático)³. Estas diferenças entre os vários países da Europa,

demonstram a necessidade de serem consideradas aquando a realização de políticas de literacia em saúde.

À semelhança do presente estudo, *Denuwara* (2017), numa amostra de professores do ensino médio ou superior do Colombo no Sri Lanka, observou que a maioria da amostra do estudo estava no nível de literacia em saúde suficiente 61,2% e 32,5% apresentou um nível de literacia em saúde limitada⁷⁷. Um outro estudo transversal, que avaliou a literacia em saúde dos professores de *Çorum* na Turquia, revelou que 44,0% dos professores apresentaram literacia em saúde muito limitada, 29,8% limitada e 26,2% literacia em saúde adequada ⁷⁶. Ainda que não seja utilizado o mesmo instrumento para aferir literacia em saúde, os resultados deste estudo denotam significativas diferenças quando comparados com o anterior e mesmo com presente estudo. Pelo que se pode depreender que o nível de literacia em saúde geral dos professores varia tendo em conta as especificidades e realidades de cada país ou cultura e o instrumento utilizado.

Segundo diferentes autores, a literacia em saúde das populações é influenciada por vários fatores. A idade o grau académico, são dois grandes fatores, quanto mais elevada é a idade menores são os níveis de literacia e quanto maior é o grau académico maior é o nível de literacia e saúde ^{78,92-94}.

No presente estudo, ao analisar-se o comportamento da literacia em saúde face às variáveis idade, sexo, grau académico e responsabilidade por aquisição e confeção alimentar, foram apenas observadas diferenças estatisticamente significativas apenas no grau académico, que quanto mais elevado é o grau académico do inquirido, mais elevado o nível de literacia em saúde. A média de literacia em saúde para os inquiridos foi de 35,6 (feminino) e 35,1 (masculino), apresentado os dois grupos um nível de literacia em saúde suficiente. Estes resultados vão ao encontro dos apresentados no estudo nacional concretizado por Pedro, Amaral e Escoval (2016) ⁵ e Sørensen (2015) ³, que indicam que indivíduos que apresentam menos escolaridade são tendencialmente grupos mais vulneráveis e com níveis de literacia em saúde inferiores. De acordo com *Global Health Literacy Academy* (2012), no que diz respeito às características sociodemográficas, a educação é um preditor de baixa literacia em saúde, já o sexo é o fator com menor impacto ³¹.

Para verificar a relação entre a literacia em saúde e o tipo de estabelecimento de ensino (público ou privado) onde exerce funções, não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas, não existe ainda evidência que reforce ou refute se a literacia em saúde é influenciada pelo estabelecimento de ensino em que os inquiridos exercem a sua função.

Ainda na caracterização profissional, para verificar relação entre literacia em saúde e os vários níveis de ensino escolar, ainda que tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os inquiridos que exercem a sua função no ensino pré-escolar com os que lecionam no 2º ciclo, 3º ciclo e secundário, entre os que lecionam no 2º ciclo com os do pré-escolar, os do 3º ciclo com os do pré-escolar e por fim entre os do secundário com os do pré-primário, esta observação não é descrita na literatura. Na revisão bibliográfica realizada não foi encontrada nenhuma referência que analise os níveis de literacia em saúde à luz do nível de ensino em que leciona.

Quando avaliada a literacia em saúde nas três dimensões (Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção de Saúde), constatou-se que a população em estudo apresentou um nível de literacia adequada (suficiente e excelente), acima dos 50% em todas as dimensões. Mas foi na dimensão prevenção da doença que os resultados observados foram mais preocupantes, na qual 37,1% dos inquiridos apresenta literacia limitada. Confrontando com outros estudos feitos em Portugal^{5,4}, os resultados não coincidem, visto que nestes estudos a dimensão que apresentou resultados mais preocupantes foi a da promoção da saúde.

O perfil de saúde dos inquiridos foi analisado a partir das variáveis doenças cardiometabólicas (obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença cardíaca e hipercolesterolemia) e IMC. No presente estudo, 21,6% dos inquiridos indicaram ter hipercolesterolemia, sendo esta a patologia mais reportada. Tendo em conta a faixa etária mais representada nesta amostra (40-59 anos) estes resultados então em conformidade com a realidade nacional observada. Em Portugal, segundo “LIPID: caracterização do perfil lipídico da população portuguesa”, a prevalência da hipercolesterolemia na população portuguesa foi de 52%⁹⁵, no entanto este estudo contemplou também as populações mais velhas, o que faz esta percentagem ser mais elevada.

A obesidade foi outra patologia estudada no atual estudo, sendo que 13,9% do total da amostra indicou ter esta patologia (auto-reporte). Ao efetuar-se o cálculo do IMC constatou-se que são 11,4% que efetivamente apresentam obesidade. Observou-se então, que 56 inquiridos apresentam uma auto-percepção física irreal, dos quais 41 são do sexo feminino. Na mesma linha de investigação, Dias (2016)⁹⁶, observou que 38,0% e 9,7% dos inquiridos homens e 1,2% e 22,9% dos inquiridos mulheres referem apresentar pré-obesidade e obesidade, respetivamente. Ao realizar a comparação entre o estado nutricional e a percepção do peso, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,0049$), apenas no grupo dos homens, o que revela que são os homens que tendencialmente têm uma percepção errada sobre si próprios.

A partir do cálculo do IMC, constatou-se ainda que o valor médio deste parâmetro antropométrico foi de 25,04 kg/m², sendo que do total da amostra, 44% apresenta este parâmetro acima do recomendado (32,6% pré-obesidade e 11,4% obesidade). Resultados este que é fundamentado pelo Ministério da Saúde (2018), no Retrato da Saúde, Portugal ⁵¹, tendo observado que 28,7% de portugueses, com idades entre os 25 e os 74 anos, sofrem de obesidade e por José Camolas (2017) ¹⁸, em que 36,5% e 21,6% de adultos, com idade compreendidas entre os 18 e os 64 anos, apresentam pré-obesidade e obesidade respetivamente.

No que se refere às variáveis de caracterização do perfil de saúde da amostra, foi possível observar diferenças estatisticamente significativas na hipertensão arterial ($p = 0,001$) e na hipercolesterolemia ($p = 0,022$). Para as outras patologias auto-reportadas em estudo, obesidade ($p = 0,094$), diabetes ($p = 0,24$) e doença cardiovascular ($p = 0,888$), não se observaram diferenças estatisticamente significativas, apesar de, quando calculada a média da literacia em saúde geral e analisadas as patologias em estudo, a média variar entre os 33,8 e os 35,9, colocando todos os inquiridos com um nível de literacia em saúde suficiente.

Na análise da influência da presença ou não de hipertensão arterial no nível de literacia em saúde, constatou-se que são os indivíduos que não reportaram a patologia, que apresentam níveis de literacia em saúde suficientes (86,7%) e excelentes (90,1%) em comparação com os que a apresentam, dos quais 78,2% apresentam um nível de literacia em saúde inadequado e 84,5% um nível problemático.

Num estudo realizado em 2019 que procurou aferir o nível de literacia em saúde de utentes com e sem hipertensão arterial. Tendo sido verificado uma literacia inadequada em três dos locais estudados (71,5%; 77,8% e 85,2%). A idade e os anos de escolaridade foram fatores associados à literacia inadequada em adultos com hipertensão ($p < 0,0001$) ⁹⁷. À semelhança do presente estudo, o autor supracitado, concluiu que 70% dos hipertensos da amostra apresentaram uma literacia em saúde inadequada.

Ao efetuar-se uma tabulação cruzada entre a hipercolesterolemia e a literacia em saúde geral constatou-se que são os indivíduos que não apresentam esta patologia que detêm de um nível de literacia em saúde geral superior em comparação com os que a apresentam.

Quanto à relação entre literacia em saúde geral e número de doenças cardiometabólicas em simultâneo, verificou-se que o nível de literacia em saúde é menor em função do número de patologias em simultâneo, isto é, no nível de literacia em saúde excelente

65,2% são indivíduos que não apresentam nenhuma das patologias e apenas 1,7% são os indivíduos que apresentam três patologias. Os dados sugerem que o nível de literacia em saúde pode influenciar o número de doenças crónicas cardiometabólicas em simultâneo (morbilidade múltipla).

Quando analisada a correlação entre a literacia em saúde e morbilidade (se a pessoa tem ou não alguma das doenças analisadas), tendo a média variado entre os 35,9 e 34,6, em que são os que não apresentam patologias que demonstram um nível de literacia em saúde mais elevado. A realização de uma tabulação cruzada revelou que no nível de literacia em saúde excelente 65,2% são indivíduos que não apresentam morbilidade e 34,8% apresentam morbilidade.

Relativamente ao IMC, a sua relação com a literacia em saúde revela dados estatisticamente significativos. Verificou-se que no nível excelente de literacia em saúde, são os inquiridos com normoponderalidade que se destacam (56,8%), face aos que apresentam excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) (40,8%). Noutra análise, os que se evidenciam no nível inadequado são os que apresentam excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) (56%). Em suma, a literacia em saúde está relacionada com o IMC dos inquiridos. À semelhança do estudo realizado por Cunha (2014) ⁹⁸, 62,6% dos participantes do estudo apresentaram excesso de peso é de salientar que os participantes com um nível inadequado de literacia em saúde são os que apresentaram um IMC elevado e os participantes um nível excelente são os que apresentam um IMC menor.

De acordo como estudo desenvolvido por Aaby (2017), o qual pretendeu avaliar a literacia em saúde de uma amostra populacional de pessoas com enfarte agudo do miocárdio, angina de peito ou acidente vascular cerebral, avaliando duas dimensões do questionário, chegaram à conclusão de que a compreensão de informações em saúde é condicionada negativamente por obesidade, baixo peso, inatividade física e uma dieta não saudável. Uma melhor compreensão das informações de saúde e no envolvimento com os profissionais de saúde foi associado a um aumento do estado de saúde física e mental ⁹⁹.

Myers (2019) investigou associações entre saúde cardiovascular, adiposidade e insegurança alimentar por literacia em saúde, sexo e raça numa amostra de 800 pacientes com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), tendo observado que 31% da amostra apresentava uma baixa literacia em saúde, os pacientes com um IMC superior apresentavam um maior nível de literacia em saúde em comparação com os que apresentam um IMC inferior. Estes resultados sugerem que a adiposidade é superior

em pacientes com insegurança alimentar, podendo ser um fator relevante para o tratamento da obesidade em populações mais carentes ¹⁰⁰.

Num estudo efetuado com o objetivo de avaliar o efeito da literacia em saúde na realização ou não de cirurgia bariátrica de pacientes com obesidade mórbida, observou-se que os pacientes que aceitaram realizar cirurgia bariátrica eram mais jovens e apresentavam maiores valores de peso e IMC. De acordo com os resultados do HLS-EU-Q47, os pacientes que concordaram em realizar a cirurgia obtiveram um índice de 33,33 já os que não concordaram obtiveram um valor de 26,04, tendo sido observada uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p < 0,001$) ¹⁰¹.

Dos quatro níveis de literacia em saúde indicados no questionário referido, observou-se neste estudo um nível insuficiente (0-25) para 2,9% do grupo que concordou com a cirurgia bariátrica e 45,2% do grupo que não concordou. O nível problemático-limitado foi semelhante nos dois grupos (> 25-33). O nível suficiente (> 33-42) e um nível perfeito foram maiores no grupo que concordou com a cirurgia bariátrica (respetivamente, 42,8%, 18,1%,) ¹⁰¹.

Ao promovermos a literacia em saúde estamos a promover ganhos em saúde. Num estudo desenvolvido por *Parker* (2018), que apresentou como principais objetivos mudanças na literacia em saúde, comportamentos no estilo de vida, peso, circunferência da cintura e pressão arterial e avaliação de mudanças na qualidade de vida e no uso de serviços de saúde de fora a determinar o custo-efetividade da intervenção e examinar as experiências das práticas na implementação do programa ¹⁰².

A análise dos níveis de literacia em saúde de grupos e populações possibilita identificar e aplicar a melhor maneira e as melhores intervenções de literacia em saúde a serem desenvolvidas.

A promoção da literacia em saúde e também de comportamentos saudáveis são fatores determinantes na saúde das populações. Ao serem promovidos iremos observar uma redução nas desigualdades sociais e um aumento do bem-estar social e económico do país. Com estas mudanças poderão ser visíveis mudanças nos custos, ganhos e também na organização dos sistemas de saúde

Este estudo à semelhança de qualquer outra investigação, apresentou algumas limitações que importa salientar.

Uma das limitações a apontar é a utilização de um questionário *online* de autopreenchimento, o que poderá ter influenciado às respostas dos inquiridos, em que, poderão ter respondido de acordo com as suas perceções ideias de comportamentos

de saúde em vez do seu comportamento real. Também o facto de o questionário ser *online* poderá ter condicionado o número de participantes, dado que podem existir professores que não utilizem o correio eletrónico como ferramenta de comunicação.

Nesta investigação não foram estudados fatores importantes para a condição física/nutricional dos participantes, nomeadamente perímetro abdominal, que é um indicador do aparecimento precoce de algumas situações de doença, como a hipertensão, a diabetes, a obesidade e a hipercolesterolemia

As limitações acima referidas constituem alguns pontos de partida para futuras investigações que preencham estas lacunas.

6. CONCLUSÕES

A literacia em saúde das comunidades tem apresentado grande destaque na atualidade. A mesma apresenta um papel preponderante na manutenção ou melhoria das condições de saúde. Baixos níveis de literacia em saúde demonstram consequências na saúde individual e coletiva, influenciando assim a gestão de recursos, os ganhos e os gastos em saúde.

O presente estudo procurou avaliar o nível de literacia em saúde e a sua relação com o índice de massa corporal nos professores em Portugal e outros fatores de saúde e profissionais. De seguida apresentam-se as principais conclusões e aprendizagens retiradas da execução desta tese, fundamentadas pelos resultados que encontrei à luz do enquadramento teórico:

- Os níveis de literacia em saúde dos cidadãos, o seu estado nutricional e de saúde são temas com grande relevância na investigação;
- Observou-se uma relação entre o nível de literacia em saúde dos professores e o seu IMC, o nível de literacia em saúde tende a diminuir face ao aumento do IMC;
- O nível médio de literacia em saúde dos inquiridos é superior à média nacional;
- Tendo em conta o grau académico da mesma (licenciatura, mestrado e doutoramento), esperava-se que a média de literacia em saúde da amostra em estudo fosse superior ao observado;
- Os níveis de literacia em saúde dos inquiridos podem ser preocupantes, visto estes apresentarem uma elevada responsabilidade como principais agentes ou mediadores de promoção de literacia em saúde na infância;
- Os níveis de literacia em saúde dos inquiridos face ao nível académico em que lecionam é significativamente diferente, pelo que os inquiridos que lecionam no pré-escolar e no ensino primário apresentam um nível de literacia em saúde inferior aos restantes;
- Pelo que, quanto maior o grau de especialidade em áreas do saber específicas, maior o nível de literacia em saúde, as áreas generalistas como o ensino pré-escolar e primário têm níveis inferiores;
- Constatou-se uma relação negativa entre a presença de doença cardiometabólica e o nível de literacia em saúde, isto é, o nível de literacia em saúde é menor em professores que têm alguma doença cardiometabólica;
- O número de doenças cardiometabólicas em simultâneo nos inquiridos é também um fator a destacar, tendo-se observado uma relação negativa com a

literacia em saúde, em que esta tende a diminuir face ao aumento do número de doenças em simultâneo;

- Existe uma percentagem significativa de inquiridos que apresentam uma visão errada da sua condição perante o peso, visto que percecionam um peso superior ao real;
- Os dados já existentes sobre os níveis de literacia em saúde em Portugal da população geral e os dados da atual investigação são conteúdos importantes e relevantes para o desenvolvimento de estratégias de promoção de literacia em saúde;
- A promoção da literacia em saúde na população, mais concretamente nos professores, é fundamental para uma partilha correta de informação. É fulcral a produção e disponibilização de materiais e informações relevantes, desenvolvidas por entidades competentes, para o alcance de adequados níveis de literacia em saúde;
- Os programas e intervenções de literacia em saúde devem ter em conta as necessidades específicas desta população e das prioridades ao nível da saúde geral.

Com este estudo pretendeu-se contruir para aumentar a visão sobre a literacia em saúde, temática com grande importância, dando destaque a um grupo populacional especializado, ressaltando a sua importância.

Perante às conclusões demonstradas recomenda-se:

- Que seja efetuado um estudo com exame físico nesta população específica;
- A identificação das maiores dificuldades sentidas pelos vários inquiridos, tendo em conta o seu grau académico, para adequação de atividades e de ações de promoção e educação para a saúde;
- A divulgação dos resultados obtidos nas diversas instituições de ensino, de forma a estas, mudarem hábitos e serem participantes na capacitação dos alunos na área da saúde;
- A realização de sessões educação em saúde, com conteúdos específicos na vertente de cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença junto da comunidade da região centro;
- O desenvolvimento de programas de educação para a saúde tendo em conta os quatro níveis de literacia em saúde e as características individuais da sociedade;

- A inclusão de disciplinas que promovam a Literacia em Saúde nos currículos académicos dos professores;
- A formação contínua, ao longo da carreira, para melhorar as competências de Literacia em Saúde e gestão do conhecimento dos professores;
- A inclusão dos professores, de todos os graus de ensino como agentes chave no planeamento estratégico de promoção da literacia em saúde levado a cabo pela Direção Geral da Saúde;
- Uma sinergia entre os Ministérios da Saúde e Educação no sentido da existência de uma abordagem concertada para a promoção de literacia em saúde dos professores, enquanto mediadores preferenciais de promoção de literacia e estilos de vida saudáveis na infância.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva: World Health Organization; 1946.
2. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Educ Monogr.* 1974 Mar 27;2(Suppl.1):1–10.
3. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1053–8.
4. Espanha R, Ávila P, Mendes V. Literacia em saúde em Portugal: relatório síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016.
5. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saúde Pública.* 2016 Sep 1;34(3):259–75.
6. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
7. Tomás C, Queirós P, Ferreira T. Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde. *Rev Enferm Ref.* 2014;IV Série(2):19–28.
8. Pedro AR. Literacia em saúde: da gestão de informação à decisão inteligente [Tese de Doutoramento]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2018.
9. Huizinga MM, Beech BM, Cavanaugh KL, Elasy TA, Rothman RL. Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Natl Inst Heal.* 2009;8(1):1–7.
10. Huizinga MM, Carlisle AJ, Cavanaugh KL, Davis DL, Gregory RP, Schlundt DG, et al. Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *Am J Prev Med.* 2009 Apr;36(4):324–8.
11. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med.* 2008 Jun;23(6):723–6.
12. Amalraj S, Starkweather C, Nguyen C, Naeim A. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology.* 2009;23(4):369–75.

13. Di Cesare M, Bentham J, Stevens GA, Zhou B, Danaei G, Lu Y, et al. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*. 2016;387(10026):1377–96.
14. do Carmo I, dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. National prevalence of obesity: prevalence of obesity in Portugal. *Obes Rev*. 2006;7(1):233–7.
15. do Carmo I, dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. *Obes Rev*. 2007 Nov 23;9(1):11–9.
16. Antunes A, Moreira P. Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses. *Acta Med Port*. 2011;24(2):279–84.
17. Padez C, Fernandes T, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence of overweight and obesity in 7-9- year-old Portuguese children: trends in Body Mass Index from 1970-2002. *Am J Hum Biol*. 2004;16(6):670–8.
18. Camolas J, Gregório MJ, Sousa SM, Graça P. Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção-Geral da Saúde; 2017.
19. WHO. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
20. Bresolin LB. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *J Am Med Assoc*. 1999 Feb 10;281(6):552–7.
21. Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int*. 2001 Sep 1;16(3):289–97.
22. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 2009 Oct 30;54(5):303–5.
23. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, David A, editors. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press; Institute of Medicine. Committee on Health Literacy; 2004.
24. McCormack L, Bann C, Squiers L, Berkman ND, Squire C, Schillinger D, et al. Measuring health literacy: a pilot study of a new skills-based instrument. *J Health Commun*. 2010 Aug 31;15(Suppl.2):51–71.
25. Mitic W, Rootman I, editors. An inter-sectoral approach for improving health

- literacy for Canadians: a discussion paper. Victoria, BC: Public Health Association of British Columbia; 2012.
26. Broeiro P. Literacia em saúde e utilização de serviços. *Rev Port Clínica Geral*. 2017;33(1):6–8.
 27. Crondahl K, Eklund Karlsson L. The nexus between health literacy and empowerment: a scoping review. *SAGE Open*. 2016 Apr 20;6(2):1–7.
 28. Madeira TFM. Literacia para a saúde: o perfil de um conceito em construção [Dissertação de Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Alta. Ciências da Saúde; 2016.
 29. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Heal Sci*. 2008;10(3):248–55.
 30. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005 Jun;50(6):633–40.
 31. Health Literacy Europe. Global Health Literacy Academy. The European Health Literacy Project (HLS-EU): a network for advancing European health literacy. Risskov, Denmark: Global Health Literacy Academy; 2012.
 32. Gazmararian JA. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):545.
 33. Weiss BD, Blanchard JS, McGee DL, Hart G, Warren B, Burgoon M, et al. Illiteracy among Medicaid recipients and its relationship to health care costs. *J Health Care Poor Underserved*. 1994;5(2):99–111.
 34. Medicare. Address low literacy issues to improve Medicaid risk member compliance, reduce costs. *Public Sect Contract Rep*. 1998;4(2):27–30.
 35. Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde: dos fundamentos à acção. 2ª ed. Coimbra: Almedina; 2016.
 36. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med*. 2005 Apr;118(4):371–7.
 37. Vernon JA, Trujillo A, Rosenbaum SJ, DeBuono B. Low health literacy: implications for national health policy. Seattle: Semantic Scholar. The Allen Institute for Artificial Intelligence; 2007.
 38. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313–24.

39. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Meio caminho andado: relatório Primavera 2018. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2018.
40. DeWalt DA, Boone RS, Pignone MP. Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *Am J Health Behav.* 2007 Jul 1;31(1):27–35.
41. Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2005 Feb;20(2):185–92.
42. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int.* 2005 Jun 1;20(2):195–203.
43. WHO. The assessment of the nutritional status of the community. Geneva: World Health Organization; 1966.
44. FAO. The state of food and agriculture 1987-88: world and regional reviews: changing priorities for agricultural science and technology countries. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 1988.
45. Rego M, Morais G. Os dados antropométricos na avaliação nutricional. *Nutricias.* 2001;1(1):18–21.
46. George FHM. Avaliação antropométrica no adulto: orientações e circulares informativas: orientação nº 017/2013 de 05/12/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013.
47. Anjos LA. Índice de massa corporal ($\text{massa corporal} / \text{estatura}^2$) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Rev Saude Publica.* 1992;26(6):431–6.
48. Morrison G, Hark L. Medical nutrition and disease. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 1996.
49. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1995.
50. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
51. Portugal. Ministério da Saúde. Retrato da saúde 2018: Portugal. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.
52. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF 2015-2016: Parte II: relatório.

- Porto: Universidade do Porto; 2017.
53. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.
 54. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of the joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2013.
 55. COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI Portugal 2016. 2016;1-4.
 56. Pereira J, Mateus C. Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. Rev Port Saúde Pública. 2003;Temático(3):65-80.
 57. Oliveira DL de. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev Lat Am Enfermagem. 2005 Jun;13(3):423-31.
 58. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. In: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Alma-Ata: World Health Organization; 1978.
 59. First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. In: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Ottawa, CA: World Health Organization; 1986.
 60. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Promoção da saúde: da investigação à prática. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde; 2015.
 61. The 8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki statement on Health in All Policies. In: The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Helsinki: World Health Organization; 2013.
 62. WHO. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2019.
 63. Campos L, Saturno P, Carneiro A. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: CEMBE. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
 64. Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. SNS +PROXIMIDADE: mudança centrada nas pessoas. Lisboa: Serviço Nacional de saúde; 2017.
 65. Paasche-Orlow MK, Schillinger D, Greene SM, Wagner EH. How health care systems can begin to address the challenge of limited literacy. Gen Intern Med. 2006;21(8):884-7.

66. Nijland N, van Gemert-Pijnen J, Boer H, Steehouder MF, Seydel ER. Evaluation of Internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *J Med Internet Res*. 2008 May 15;10(2):e13.
67. Espanha R, Fonseca RB. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: “Tecnologias de Informação e Comunicação”: documento de trabalho. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2010.
68. Santos AI, Dias C, Gonçalves C, Sakellarides C. Plano Nacional de saúde 2011-2016: estratégias locais de saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2010.
69. WHO. WHO: Governance. WHO. Geneva: World Health Organization; 2013.
70. Loureiro I. O processo de aprendizagem em promoção da saúde. *Rev Port Pedagog*. 2008;42(1):65–89.
71. Sousa DFM. Trabalhar a educação para a saúde nas escolas: percepções de profissionais de saúde e de professores [Dissertação de Mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto; 2011.
72. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde. Despacho n.º 12.045/2006. Diário da República n.º 110. 2.ª Série. (2006-06-07): 8250. Programa Nacional de Saúde Escolar.
73. Despacho n.º 1916/2004. Diário da República nº 23. 2ª Série. (2004-01-28):1492. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. 2004.
74. WHO. Health 21: Health for all in the 21st century: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization; 1999.
75. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promot Int*. 2001 Jun 1;16(2):197–205.
76. Yilmazel G., Cetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey. *East Mediterr Heal J*. 2015;21(8):598–605.
77. Denuwara HMBH, Gunawardena NS. Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. *BMC Public Health*. 2017 Dec 6;17(1):631.

78. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
79. Fortin M-F. Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
80. PORDATA. Docentes em exercício nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
81. Raosoft. Sample size calculator by Raosoft, Inc. Washington, DC: Raosoft; 2019.
82. Emiral GO, Isiktekin B, Göktas S, Dagtekin G, Arslantas D, Unsal A. Health literacy scale-European union-Q16: a validity and reability study in Turkey. *Int Res J Med Sci*. 2018;6(1):1–7.
83. WHO. Body mass index: BMI. Copenhagen: World Health Organization; 2019.
84. Afonso A, Nunes C. Probabilidades e estatística: aplicações e soluções em SPSS. Évora: Universidade de Évora; 2011.
85. Laureano RMS. Testes de hipóteses com o SPSS: o meu manual de consulta rápida. Lisboa: Edições Sílabo; 2011.
86. Helena M, João P, Gageiro N. Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.
87. PORDATA. Docentes do sexo masculino em exercício nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
88. PORDATA. Docentes do sexo feminino em exercício nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
89. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, Direção de Serviços de Estatísticas da Educação. Perfil do docente 2017/2018. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, editor. Lisboa; 2019.
90. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. 2004 Dec 1;19(12):1228–39.
91. Santos O. O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinol Diabetes Obesidade*. 2010;4:127–34.

92. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97–107.
93. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav.* 2007 Sep;31(Suppl.1):1–10.
94. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health.* 2014 Dec 22;14(1):1095.
95. Mariano C, Antunes M, Rato Q, Bourbon M. LIPID: caraterização do perfil lipídico da população portuguesa. *Obs Bol Epidemiológico.* 2015;14(2):7–10.
96. Silva Dias FMR, Castro Azevedo EC, Melo Rodrigues MLF, Cabral De Lira PI, Coelho Cabral P. Autopercepção do peso corporal, estado nutricional e consumo alimentar de funcionários de uma universidade pública brasileira. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2016;36(2):20–9.
97. Borges FM, Silva ARV da, Lima LH de O, Almeida PC de, Vieira NFC, Machado ALG. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Rev Bras Enferm.* 2019 Jun 27;72(3):646–53.
98. Cunha M, Gaspar R, Fonseca S, Almeida D, Silva M, Nunes L. Implications of literacy for health for body mass index. *Aten primaria.* 2014 Nov 1;46(S5):180–6.
99. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2017 Nov 1;24(17):1880–8.
100. Myers CA, Martin CK, Newton RL, Apolzan JW, Arnold CL, Davis TC, et al. Cardiovascular health, adiposity, and food Insecurity in an underserved population. *Nutrients.* 2019 Jun 19;11(6):1376.
101. Cayci HM, Erdogdu UE, Demirci H, Ardic A, Topak NY, Taymur İ. Effect of health literacy on help-seeking behavior in morbidly obese patients agreeing to bariatric surgery. *Obes Surg.* 2018 Mar 18;28(3):791–7.
102. Parker SM, Stocks N, Nutbeam D, Thomas L, Denney-Wilson E, Zwar N, et al. Preventing chronic disease in patients with low health literacy using eHealth and teamwork in primary healthcare: protocol for a cluster randomised controlled trial.

BMJ Open. 2018 Jun 4;8(6):e023239.

8. ANEXOS

Anexo 1 – *Sample Size Calculator*

Sample Size Calculator by Raosoft

raosoft.com/samplesize.html

Sample size calculator

What margin of error can you accept? %
5% is a common choice

What confidence level do you need? %
Typical choices are 90%, 95%, or 99%

What is the population size?
If you don't know, use 20000

What is the response distribution? %
Leave this as 50%

Your recommended sample size is **1075**

The margin of error is the amount of error that you can tolerate. If 90% of respondents answer yes, while 10% answer no, you may be able to tolerate a larger amount of error than if the respondents are split 50-50 or 45-55. Lower margin of error requires a larger sample size.

The confidence level is the amount of uncertainty you can tolerate. Suppose that you have 20 yes-no questions in your survey. With a confidence level of 95%, you would expect that for one of the questions (1 in 20), the percentage of people who answer yes would be more than the margin of error away from the true answer. The true answer is the percentage you would get if you exhaustively interviewed everyone. Higher confidence level requires a larger sample size.

How many people are there to choose your random sample from? The sample size doesn't change much for populations larger than 20,000.

For each question, what do you expect the results will be? If the sample is skewed highly one way or the other, the population probably is, too. If you don't know, use 50%, which gives the largest sample size. See below under **More information** if this is confusing.

This is the minimum recommended size of your survey. If you create a sample of this many people and get responses from everyone, you're more likely to get a correct answer than you would from a large sample where only a small percentage of the sample responds to your survey.

Online surveys with Vovici have completion rates of 66%!

Alternate scenarios

With a sample size of	<input type="text" value="100"/>	<input type="text" value="200"/>	<input type="text" value="300"/>	With a confidence level of	<input type="text" value="90"/>	<input type="text" value="95"/>	<input type="text" value="99"/>
Your margin of error would be	16.45%	11.63%	9.49%	Your sample size would need to be	271	384	661

Save effort, save time. Conduct your survey online with Vovici.

More information

If 50% of all the people in a population of 20000 people drink coffee in the morning, and if you were repeat the survey of 377 people ("Did you drink coffee this morning?") many times, then 95% of the time, your survey would find that between 45% and 55% of the people in your sample answered "Yes".

The remaining 5% of the time, or for 1 in 20 survey questions, you would expect the survey response to more than the margin of error away from the true answer.

When you survey a sample of the population, you don't know that you've found the correct answer, but you do know that there's a 95% chance that you're within the margin of error of the correct answer.

Try changing your sample size and watch what happens to the alternate scenarios. That tells you what happens if you don't use the recommended sample size, and how M.O.E and confidence level (that 95%) are related.

To learn more if you're a beginner, read **Basic Statistics: A Modern Approach** and **The Cartoon Guide to Statistics**. Otherwise, look at the **more advanced books**.

In terms of the numbers you selected above, the sample size n and margin of error E are given by

$$x = Z^2 r(100-r)$$

$$n = N x / ((N-1)E^2 + x)$$

Escreva aqui para procurar

16:21 07/01/2020

**Anexo 2 – Pedido de colaboração aos agrupamentos
escolares**

Cláudia Alexandra Marques Parreira
ter 12-11-2019 16:00
Itens Enviados

Mostrar todos os 300 destinatários

Cc: Ana Rita Pedro;

Reencaminhou esta mensagem em 12-11-2019 16:24.

Exmo(a). Sr(a). Dr(a).

O meu nome é Cláudia Parreira de Sousa e sou estudante do mestrado de Gestão em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa.

Estou a desenvolver uma investigação subordinada ao tema "Literacia em saúde: avaliação do nível de literacia em saúde e a sua relação com o índice de massa corporal numa amostra de professores em Portugal", cujos objetivos são avaliar o nível de literacia em saúde dos professores a nível nacional e a sua relação com o índice de massa corporal (IMC).

A referida investigação tem como orientadoras a Professora Doutora Ana Escovo e a Doutora Ana Rita Pedro.

As diferentes respostas sobre a temática Literacia em Saúde são fundamentais para que esta investigação tenha qualidade e seja um reflexo fidedigno da realidade.

Para a concretização do mesmo vimos por este meio solicitar-lhe o apoio na divulgação do estudo junto dos Professores. A participação, sendo esta voluntária, consiste no preenchimento do questionário online acessível em <https://forms.gle/Vk8tDE3zqSZKuhe17>. O seu preenchimento não demorará mais de 5 minutos.

Gostaríamos de informar da nossa pretensão em garantir a confidencialidade de toda a informação recolhida e respetiva análise dos dados.

Certa que o seu contributo me irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Para qualquer esclarecimento adicional que considere oportuno ou para solicitar os resultados do estudo, não hesite em contactar-nos através do e-mail c.parreira@ensp.unl.pt

Com os meus melhores cumprimentos,

Cláudia Parreira de Sousa
Aluna do XII Mestrado em Gestão da Saúde
Tel. +351 964 698 098
Avenida Padre Cruz | 1600-560 Lisboa | Portugal
c.parreira@ensp.unl.pt | www.ensp.unl.pt

cid:image001.jpg@01D45BC4.8A0862B0

PT 17:32 25-11-2019

Anexo 3 – Consentimento informado

Avaliação do nível de literacia em saúde e a sua relação com o Índice de Massa Corporal nos professores em Portugal

Com este estudo pretende-se aferir o nível de literacia em saúde e a sua relação com o índice de massa corporal (IMC) dos professores portugueses. Este questionário faz parte do projeto de investigação do 12º Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, realizado pela discente Cláudia Parreira de Sousa, com a orientação científica da Professora Doutora Ana Escoval e da Doutora Ana Rita Pedro.

A sua participação consiste no preenchimento de um breve questionário dividido em duas partes, com um tempo de resposta estimado a 5 minutos, pelos que se solicita a melhor colaboração de V. Exa.

O presente estudo respeita os princípios fundamentais da ética de investigação. Os dados obtidos através da resposta ao presente questionário são totalmente confidenciais e serão tratados de forma anonimizada e utilizados única e exclusivamente pela equipa de investigação para fins de investigação científica. Uma elevada taxa de resposta a este questionário permitirá assegurar uma maior representatividade das conclusões do estudo, pelo que solicitamos, para além da sua participação, também a sua colaboração na divulgação do mesmo junto de outros professores, aumentando assim o grau de participação de professores.

Se quiser obter uma cópia do estudo, ou pretender qualquer tipo de esclarecimento agradece-se o seu contacto para o investigador Cláudia Parreira de Sousa (E-mail: c.parreira@ensp.unl.pt).

No âmbito do estudo em epígrafe, responda por favor, da forma mais completa possível às seguintes questões. Caso já tenha respondido a este questionário, por favor não repita a sua participação.

Obrigada pelo tempo despendido no preenchimento do questionário.
Cláudia Parreira de Sousa

***Obrigatório**

1. Confirmando que fui devidamente informado acerca do presente estudo e aceito participar do mesmo. *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Pare de preencher este formulário.*

**Anexo 4 – Questionário: Avaliação do nível de literacia
em saúde e a sua relação com o Índice de Massa
Corporal nos professores em Portugal**

I - Literacia em Saúde

Questionário Europeu de Literacia em Saúde

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

Marcar apenas uma oval por linha.

	(1) Muito difícil	(2) Difícil	(3) Fácil	(4) Muito fácil	(5) Não Sei
1. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que lhe foi receitado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II - Caracterização do respondente

1. Qual o seu sexo? *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Não sabe / não responde

2. Qual a sua idade (em anos completos)?

*

3. Estado civil: *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)
- Casado(a) ou em união de facto
- Divorciado(a) ou separado(a)
- Viúvo(a)
- Não sabe/ Não responde
- Outra: _____

4. É sua responsabilidade a aquisição e confeção de alimentos em sua casa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- É partilhada
- Não sabe / não responde

5. Assinale o seu grau académico (completo): *

Marcar apenas uma oval.

- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

6. Tem alguma das seguintes Doenças Cardiometaabólicas? **Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não	Não sabe / não responde
Obesidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensão Arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença Cardiovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipercolesterolemia (colesterol elevado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não sabe / não responde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Qual o seu peso atual o mais aproximado possível em quilogramas (kg)? ***8. Qual a sua altura o mais aproximada possível em centímetros (cm)? *****9. Assinale a sua área de residência: ****Marcar apenas uma oval.*

- Norte
- Algarve
- Centro
- Área Metropolitana de Lisboa
- Alentejo
- Região Autónoma dos Açores
- Região Autónoma da Madeira

10. Qual a sua situação profissional atual? **Marcar apenas uma oval.*

- Empregado
- Desempregado
- Aposentado
- Não sabe / não responde

11. Indique em que grau de ensino exerce maioritariamente a função de professor: **Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não	Não sabe / não responde
Pré-escolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1ºciclo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2ºciclo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3ºciclo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secundário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Em que tipo de estabelecimento de ensino exerce a função de professor? **Marcar apenas uma oval.*

- Público
- Privado
- Social
- Outra: