



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Literacia para a Saúde: o perfil de um conceito em construção

**Tiago Filipe Marques Madeira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor. Doutor José Manuel Martins Valbom

Covilhã, Maio de 2016

# Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles que me acompanharam durante estes últimos anos, e que para ele contribuíram de uma forma ou de outra.

*“As In any foolproof system, sooner or later  
the fools are going to exceed the proofs.”*

*Arnie Gunderson*

# Agradecimentos

Aos meus pais, pelo apoio e dedicação incondicionais, paciência e pela compreensão.

À minha irmã, por estar lá e me apoiar sempre que precisei.

À minha família cá pela santa terrinha, que ajudou a que a minha estadia fosse praticamente equivalente a estar em casa.

Um cumprimento especial ao meu avô, que partiu mesmo antes de eu ter completado esta viagem.

Aos meus amigos, todos especiais de uma forma ou de outra, e sem os quais não estaria aqui.

## Resumo

A Literacia para a Saúde, parte integrante da área de Saúde Pública e Cuidados de Saúde Primários, foi conceptualizada pela primeira vez nos anos 70, e tem sido alvo de múltiplas revisões ao longo do tempo. No que diz respeito ao conceito propriamente dito, ainda não existe uma definição considerada universal, tendo mesmo alguns autores criticado a sua introdução, indicando que o conceito seria sinónimo de outros já existentes. No entanto, a Literacia para a Saúde acabou mesmo por se transformar numa entidade independente e a sua implementação prática foi apoiada pela evidência científica, a qual aponta para modificações muito positivas, quer nos *outcomes* quer nos determinantes de saúde. Os métodos de mensuração da Literacia para a Saúde estão intimamente associados ao conceito, pelo que a sua viabilidade dependerá da complexidade desse mesmo conceito e das limitações de tempo disponível para o estudo. Quando o objectivo passa por intervir em adolescentes, as escolas representam um meio de excelência para a aplicação de intervenções com o intuito de promoção da saúde e da Literacia para a Saúde. Abordagens deste tipo são comuns em países como os Estados Unidos, Canadá e Austrália mas ainda raras em Portugal, sendo mais prevalentes acções de mensuração da Literacia para a Saúde e não intervenções directas para a sua promoção. A nível escolar, as *guidelines* para uma intervenção estão descritas no Plano Nacional de Saúde Escolar (2015), com a Literacia para a Saúde como parte integrante do processo de *empowerment* e não uma entidade separada. Posto isto, os objectivos deste estudo centraram-se na discussão de diversos modelos conceptuais de Literacia para a Saúde e da sua relação com outros conceitos do âmbito dos Cuidados de Saúde primários (I. A evolução do conceito de Literacia para a Saúde), na análise da problemática de mensuração do conceito (II. Fundamentos da mensuração da Literacia para a Saúde), e na discussão da situação em Portugal, com a implementação do Plano Nacional de Saúde Escolar, comparativamente ao que se verifica no panorama internacional (III. Intervenções na área da Literacia para a Saúde).

## Palavras-Chave

Literacia para a Saúde; Saúde Pública; Cuidados de Saúde Primários; *Empowerment*; *Outcomes*.

## Abstract

Health Literacy, an integral part of Public Health and Primary Care, was first introduced in the 70s, and has been revised and conceptualized several times since its inception. As a concept, there still is not a universal definition of Health Literacy to the extent that some authors have even criticized the definition in itself, arguing that it was synonymous to and overlapped other existing concepts. Health Literacy, however, demonstrated enough independence and importance in the field, that it eventually became a standalone entity, being responsible in many cases, for the implementation of programs that led to the modification of health determinants and *outcomes*, as verified by scientific evidence. The measurement of Health Literacy is an important step before and after the implementation of health promotion programs. However, this process is limited by time constraints and intimately influenced and linked to the complexity of the concept of Health Literacy used, which also influences the viability of the measuring tools. In the case of an intervention that focuses primarily on adolescents, schools probably represent the ideal environment to implement said programs and promote Health Literacy. Countries such as the United States, Canada or Australia have invested heavily on these types of programs. In Portugal such interventions are still scarce, despite the fact that the guidelines for an intervention are stipulated on the National Program for School Health. The program is very comprehensive, includes a reference to the concept of Health Literacy as a part of the empowerment process and advocates its promotion. The aims of this study include a review and establishment of a relation between the several conceptual models of Health Literacy and to relate the concept to other important concepts that are a part of Primary Care (I. The evolution of the concept of Health Literacy), the study of Health Literacy measurement and its shortcomings (II. Principles of Health Literacy measurement) and finally, an analysis of the situation in Portugal, including a comparison to what is being done internationally (III. Interventions regarding Health Literacy).

## Keywords

Health Literacy; Public Health; Primary Care; empowerment; Outcomes.

# Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Palavras-Chave .....	iv
Abstract.....	v
Keywords .....	v
Índice .....	vi
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Acrónimos.....	x
1. Introdução .....	1
Contextualização.....	1
2. Objetivos: .....	3
3. Metodologia.....	4
Pesquisa bibliográfica: .....	4
4. Desenvolvimento.....	5
I. A evolução do conceito de Literacia para a Saúde.....	5
Conceito de Literacia para a Saúde proposto por Don Nutbeam (1998) .....	5
Conceito de Literacia para a Saúde proposto por Carolyn Speros (2004) .....	6
Conceito de Literacia para a Saúde proposto por Josephine Mancuso (2008) .	8
Conceito de Literacia para a Saúde proposto por I. Kickbush <i>et al.</i> (2008) ....	10
Conceito de Literacia para a Saúde proposto por D. Freedman <i>et al.</i> (2009).	12
Conceito de Literacia para a Saúde proposto por K. Sörensen <i>et al.</i> (2012)...	15
Críticas ao conceito de Literacia para a Saúde e abordagens alternativas .....	17
Literacia para a Saúde e associação com outros aspectos importantes em Cuidados de Saúde primários. ....	21
II. Fundamentos da mensuração da Literacia para a Saúde .....	23
Problemas colocados no processo de mensuração da Literacia para a Saúde	23
Ferramentas de mensuração da Literacia para a Saúde .....	23
III. Intervenções na área da Literacia para a saúde.....	25

Literacia para a saúde: a abordagem na adolescência e contexto escolar .....	25
Perspectivas em Portugal e Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) .....	27
Literacia para a Saúde no contexto do Plano Nacional de Saúde Escolar .....	28
IV. Exemplos da aplicação prática do conceito de Literacia para a Saúde .....	30
Estudo 1: <i>Effects of school-based mental health literacy education for secondary school students by school teachers: A preliminary study</i> [53] .....	30
Estudo 2: <i>Empowering students to respond to alcohol advertisements: results from a pilot study of an Australian media literacy intervention</i> [54] .....	32
5. Conclusões Finais .....	34
Perspectivas Futuras .....	35
Limitações do trabalho .....	36
6. Bibliografia.....	37
ANEXO 1 .....	41
ANEXO 2 .....	43
ANEXO 3 .....	45
ANEXO 4 .....	47
ANEXO 5 .....	49
ANEXO 6 .....	51
ANEXO 7 .....	53

# Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Proporção de mortes em idade prematura (inferior a 70 anos), agrupadas por causa de morte.....	1
<b>Figura 2.</b> Modelo conceptualizado por Josephine Mancuso em 2008 .....	11
<b>Figura 3.</b> Domínios da Literacia para a Saúde propostos por I. Kickbush <i>et al</i> .....	14
<b>Figura 4.</b> Modelo integrativo de Literacia para a Saúde (2012).....	20
<b>Figura 5.</b> Modelo para o estudo da Literacia para a Saúde em adolescentes.....	29
<b>Figura 6.</b> Modelo de Outcomes em saúde proposto por Nutbeam <i>et al</i> .....	42

# Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Os oito passos envolvidos na análise conceptual.....	6
<b>Tabela 2.</b> Atributos, antecedentes, consequências e referências empíricas da literacia para a saúde.....	8
<b>Tabela 3.</b> Domínios e competências da Literacia para a saúde.....	13
<b>Tabela 4.</b> Modelos conceptuais de Literacia para a Saúde.....	18 e 19
<b>Tabela 5.</b> Domínios da Literacia para a Saúde Crítica.....	21
<b>Tabela 6.</b> Testes para mensuração de Literacia e de Literacia para a Saúde.....	24
<b>Tabela 7.</b> Finalidades da mensuração da LS e sua análise perante os vários níveis propostos.....	26
<b>Tabela 8.</b> Métodos de <i>screening</i> e mensuração da Literacia para a Saúde.....	44
<b>Tabela 9.</b> Métodos de ensino e conteúdos do programa implementado.....	46
<b>Tabela 10.</b> Proporção de respostas correctas às questões relativas a conhecimento e crenças sobre doença mental e o seu tratamento.....	48
<b>Tabela 11.</b> Respostas às questões sobre casos típicos ( <i>vignette cases</i> ) de depressão maior.....	50
<b>Tabela 12.</b> Respostas a questões sobre casos típicos ( <i>vignette cases</i> ) de esquizofrenia.....	52
<b>Tabela 13.</b> Pontuações médias relativas aos itens considerados no questionário de <i>media literacy</i> .....	54

# Lista de Acrónimos

- LS - Literacia para a Saúde
- DNTs - Doenças Não Transmissíveis
- DTs - Doenças Transmissíveis
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- DM - Diabetes Mellitus
- EPS - Escolas Promotoras de Saúde
- ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
- CSP - Cuidados de Saúde Primários
- PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar
- DGS - Direcção Geral de Saúde
- UNESCO - *United Nations Education, Science and Culture Organization*
- WRAT-R - *Wide Range Achievement Test-Revised*
- REALM - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*
- TOFHLA - *Test of Functional Health Literacy in Adults*
- NAAL - *National Assessment of Adult Literacy*
- MART - *Medical Terminology Achievement Reading Test*
- SORT-R - *Slosson Oral Reading Test Revised*
- HLQ - *Health Literacy Questionnaire*

# 1. Introdução

## Contextualização

O envelhecimento populacional tende a acentuar-se nos próximos anos, trazendo consigo diversas consequências no que diz respeito à saúde das populações e colocando sérios problemas relacionados com a prevenção de doenças não transmissíveis (DNTs). A inversão da pirâmide etária atendendo ao topo e à base, está bem documentada [1] e reflecte esse mesmo envelhecimento populacional, também relacionado com o aumento da esperança média de vida (e com o decréscimo da natalidade). Associado a este facto, a melhoria dos cuidados de saúde, sobretudo a nível terciário e quaternário, levou a que as doenças transmissíveis nos países desenvolvidos deixassem de ser as mais prevalentes para passarem a representar menos de metade das causas de morte ocorridas antes dos 70 anos de idade. Aparentemente a situação parecia estar a evoluir favoravelmente mas a documentada resolução de um problema revelou outro, o qual se tem vindo inexoravelmente a acentuar. De facto, as projecções da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) apontam para 52 milhões de mortes devido a doenças não-transmissíveis (DNTs) passíveis de prevenção em 2030, um aumento significativo, comparativamente aos 38 milhões em 2012 [2, 3]. As DNTs correspondem já, a mais de 52% das causas de morte prematura, sendo que as doenças cardiovasculares, tumores, doenças respiratórias crónicas e diabetes mellitus (DM) são responsáveis por 82% de todas as mortes por DNTs (figura 1).

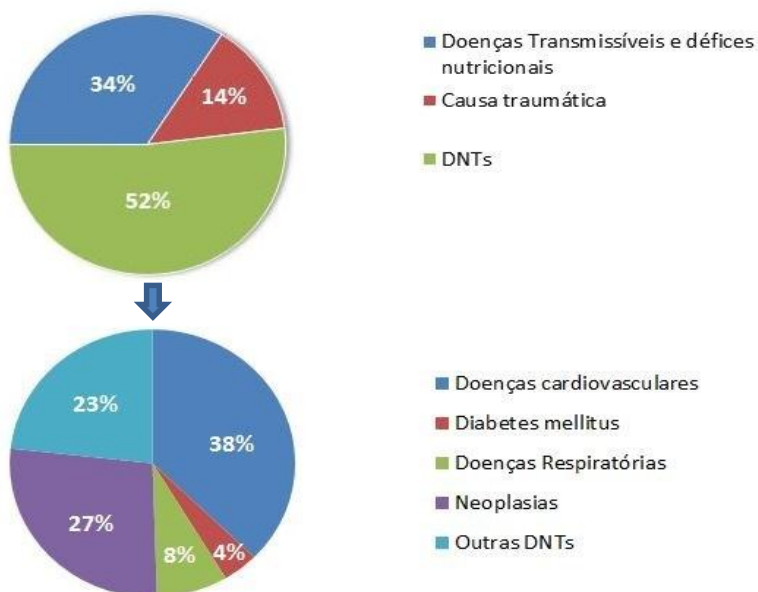


Figura 1 - Proporção de mortes em idade prematura (inferior a 70 anos), agrupadas por causa de morte. Adaptado de [2].

Em Portugal, os dados relativos à mortalidade geral (2013) indicam que as doenças do aparelho circulatório são as que mais mortes causam, seguidas dos tumores malignos (tumores da mama em mulheres e da próstata em homens) [3]. No caso de morte prematura (mortalidade antes dos 70 anos de idade), os tumores malignos ocupam a liderança como principal causa de morte, ao que se seguem as doenças cardiovasculares [3].

A alteração do paradigma das doenças transmissíveis/doenças não transmissíveis começou a gerar interesse na comunidade médica atenção política quando se verificou que a abordagem ao nível da prevenção terciária e quaternária aplicada até à altura se mostrava claramente inadequada à realidade [4,5]. Saunders M. *et al.* refere que na Austrália, à semelhança de outros países desenvolvidos, o peso de doença atribuído a doenças não transmissíveis direccionou os cuidados de saúde para a então nova abordagem de prevenção, a qual assenta sobretudo na componente da prevenção primordial e primária [6].

Atendendo ao senso comum, poderá concluir-se que quanto mais cedo na vida dos indivíduos e comunidades for feita uma intervenção com o propósito de alterar o paradigma, maior a probabilidade de ocorrer um melhoramento dos *outcomes* em saúde e da relação custo/benefício para o Sistema Nacional de Saúde. No entanto, criar e aplicar intervenções com este objectivo é mais complicado do que inicialmente poderia parecer. A complexidade do problema prende-se com todas as vertentes envolvidas, das quais faz parte a Literacia para a Saúde (LS), relacionada com os *outcomes* em saúde e com o sucesso deste tipo de abordagens. De facto, este conceito tem vindo a adquirir protagonismo, tendo mesmo sido incorporado na área da Saúde Pública, funcionando como parte integrante de programas de saúde aplicados em vários países. Actualmente em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm diversas ferramentas ao seu dispor, das quais faz parte a Saúde Escolar, incluindo a componente da LS, e que têm vindo a ser aplicadas a nível populacional sob a coordenação da Direcção Geral de Saúde (DGS). Talvez a forma mais eficaz de prevenção possa então passar por intervir ao nível das escolas, trabalhando com crianças e adolescentes, divulgando informação e alertando para os vários determinantes de saúde.

O grau de eficácia de intervenção prática aplicada em crianças e adolescentes (ou em qualquer outra população) e que incida na modificação de estilos de vida, hábitos nocivos ou mesmo adesão à prescrição de medicamentos, depende necessariamente do grau de literacia dos indivíduos visados pelo programa em questão. Simultaneamente, nas sociedades pós-industriais actuais, possuir a capacidade de gerir o bem-estar e a saúde, demonstrando igualmente auto-eficácia, tornaram-se componentes centrais da cidadania [7]. Porém, o conceito de LS é, em si, um conceito cuja definição tem gerado muita controvérsia, e, devido à sua complexidade, permanece ainda sujeito a alterações, as quais poderão mesmo vir da sua aplicação prática, com a criação de novos modelos conceptuais. Sendo assim, paralelamente à aplicação de intervenções em contexto de promoção de saúde, será também necessária a criação de um conceito suficientemente amplo mas ao mesmo tempo simples, de forma a permitir a sua implementação e aplicação prática simultaneamente mensurável, de forma a operacionalizar este tipo de intervenções.

## 2. Objetivos:

Os objetivos deste trabalho foram:

- I. Rever sucintamente as mais recentes definições de Literacia para a Saúde, relacionar os diferentes conceitos entre si e integrar o conceito no âmbito da prestação de cuidados.
- II. Rever a temática da mensuração da Literacia para a Saúde, destacando o grupo etário que inclui os adolescentes e a promoção de saúde em escolas.
- III. Analisar a situação em Portugal com uma abordagem sucinta ao Plano Nacional de Saúde Escolar.
- IV. Analisar a aplicação prática do conceito de Literacia para a Saúde e *media literacy* em adolescentes.

### 3. Metodologia

#### Pesquisa bibliográfica:

A pesquisa bibliográfica foi efectuada com recurso à Medline e Pubmed, durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2016 e os resultados foram comparados com o intuito de esclarecer três das questões colocadas no início do estudo: (1) Qual a definição de literacia para a saúde, (2) Qual o modelo conceptual mais actual e (esclarecer questões relacionadas com a problemática da mensuração da LS). A pesquisa recorreu a 10 palavras-chave (*conceptual framework, model, functional, critical, analysis, “public health”, skills, concept, theory, review e “outcomes”*), combinadas, por intermédio do operador booleano “e” (AND), com termos de busca como *health literacy*. A escolha das publicações consideradas relevantes para o trabalho obedeceram a critérios como a data de publicação, *Impact Factor* (IF), estarem escritas em língua Inglesa ou Portuguesa, apresentarem abordagens originais relativamente ao estudo do conceito e ao conceito propriamente dito. Os resultados excluídos incluíram publicações muito datadas (datas anteriores a 1997 excluindo a primeira publicação referente ao tema), artigos escritos noutras línguas, estudos de componente prática de qualquer tipo, e publicações referentes a literacia na sua generalidade e não à componente específica de literacia para a saúde.

No que diz respeito ao Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), o documento está disponível na página *Web* da Direcção Geral de Saúde (DGS) assim como os relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), disponíveis no seu *Website*.

A pesquisa de estudos para a segunda parte do trabalho foi igualmente efectuada recorrendo à *Medline* e ao *Pubmed*, desta vez, no decurso dos meses de Janeiro e Fevereiro de 2016. Considerando o que está descrito no PNSE, tanto as doenças mentais como o alcoolismo são problemas muito prevalentes pelo que a pesquisa foi direccionada nesse sentido. Desta forma, foram utilizadas 8 palavras-chave (*students, study, alcohol, mental illness, media, intervention, schools e adolescence*), combinadas com “*health literacy*” por intermédio do operador booleano AND (“e”) e colocadas no motor de busca. Dos mais de 100 resultados, estes foram ordenados por data e excluídas publicações anteriores a 2015. Por outro lado, dos resultados restantes, foram seleccionados apenas estudos realizados em países como Canadá, Estados Unidos, Austrália e Reino Unido, pois são países desenvolvidos que têm investido muitos recursos no campo da prevenção primordial e primária, saúde pública e promoção de saúde.

## 4. Desenvolvimento

### I. A evolução do conceito de Literacia para a Saúde

A Literacia para a Saúde (LS) está englobada no conceito geral de Literacia. De acordo com a UNESCO (*United Nations Education, Science and Culture Organization*), a literacia em sentido estrito, define-se como “familiar com a literatura” ou mais genericamente, “bem-educado, conhecedor” [8]. Nos EUA, de acordo com o relatório da *American Medical Association* (AMA), a Literacia define-se como a capacidade básica de ler e falar Inglês [9]. O conceito de Literacia para a Saúde (LS) em particular foi introduzido pela primeira vez por Scott Simmonds em 1974 [10] e com o tempo, foi gradualmente adquirindo maior destaque e importância nas áreas de Saúde Pública e Cuidados de Saúde Primários. Ainda que o termo tenha sido incluído no glossário da Organização Mundial de Saúde (*Health Promotion Glossary*) [11] e publicado em 1998, entre os diversos autores não existe um consenso quanto à sua operacionalização, pelo que o seu estudo é muito útil para clarificar o conceito e potenciar a sua correcta aplicação em situações reais de saúde individual e comunitária.

O conceito de LS adoptado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi inicialmente criado por Don Nutbeam [12, 13] e publicado em 1998 e em 2000, sendo por isso o primeiro a ser abordado.

#### Conceito de Literacia para a Saúde proposto por Don Nutbeam (1998)

Nutbeam *et al.* definiram LS em 1998 [12], como as *competências* sociais e cognitivas que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter a saúde. Sucintamente, a definição que os autores propõem funciona como um conjunto de competências, dispostas consecutivamente, que o indivíduo percorre no decurso do processo de promoção da sua saúde.

Mais tarde, os autores associaram a LS à noção de *empowerment* e de *outcomes* na educação para a saúde, tendo apresentado igualmente um modelo desses mesmos *outcomes* [13] (ver anexo 1, figura 6). Para além da definição de LS, Nutbeam *et al.* identificaram três componentes da LS, nomeadamente: (1) literacia funcional, (2) literacia de interacção e (3) literacia crítica [13, 14], cada um com um conjunto de competências (*skills*) associado.

1. Literacia funcional: caracteriza-se por competências básicas suficientes para ler ou escrever e que permitem ao indivíduo funcionar convenientemente em situações do dia-a-dia.
2. Literacia interactiva/de comunicação: contém competências de literacia ou cognição mais avançadas, as quais, aliadas as competências sociais, podem ser utilizadas activamente no dia-a-dia, com o intuito de extrair informação e obter significado das várias

formas de comunicação, assim como aplicar nova informação a circunstâncias que mudam de forma constante.

3. Literacia crítica: conjunto de competências mais avançado, o qual, juntamente com competências sociais, pode ser aplicado para analisar criticamente a informação e utilizá-la com o intuito de exercer maior controlo sobre eventos vitais e outras situações.

Para além do modelo proposto, Nutbeam *et al.* defendem que melhorar a LS para a saúde é mais do que melhorar a capacidade de transmitir informação e desenvolver competências para o indivíduo se tornar capaz de ler panfletos ou definir objectivos e marcar consultas. O conceito em si é simples e prático de aplicar em intervenções práticas, pois dele derivam variadas ferramentas de mensuração de LS, utilizadas em estudos preliminares no campo, em países como os Estados Unidos, o Canadá e o Reino Unido, só para citar alguns exemplos. É, no entanto, um conceito limitado ao seu cariz individual e não contempla outros aspectos e influências sociais, como é o caso em modelos que surgiram posteriormente.

### Conceito de Literacia para a Saúde proposto por Carolyn Speros (2004)

Carolyn Speros tentou clarificar o conceito de LS em 2004 após a abordagem inicial de S. Simmonds e D. Nutbeam. A autora determinou que a LS concedia a capacidade aos indivíduos para agirem de forma apropriada no que diz respeito à sua saúde através da utilização de *skills* cognitivas e sociais [15]. Para a elaboração do conceito de LS foi utilizada uma abordagem conceptual que recorreu a oito passos, descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Os oito passos envolvidos na análise conceptual

- 
1. Selecionar um conceito
  2. Determinar o propósito da análise
  3. Identificar todos os usos do conceito
  4. Determinar os atributos que definem o conceito
  5. Construir um caso modelo
  6. Construir um caso limite e um caso que contrarie o modelo
  7. Identificar os antecedentes e consequências
  8. Definir referências empíricas
- 

Para Speros LS define-se como as competências numéricas, de leitura, de compreensão e a capacidade de utilizar a informação de saúde disponível para tomar decisões e ser bem-sucedido como utente no sistema de saúde. Resultam do conceito as noções de antecedentes, atributos e consequências, utilizadas para o contextualizar mais concretamente. Os antecedentes (cuja noção foi proposta em 1995 [26] e descreve o termo como sendo um evento ou incidente que deve preceder o surgimento de um outro conceito) incluem a literacia e a experiência prévia em saúde. Quanto às consequências, Walker e Avant definem-nas como eventos ou

incidentes que decorrem como resultado do conceito [26], sendo que C. Speros refere sucintamente que as consequências são [14, 15]:

- Melhoria da saúde reportada pelo indivíduo
- Diminuição dos custos com a saúde
- Aumento do conhecimento da área da saúde
- Diminuição do número de hospitalizações

Outro aspecto importante do conceito de Speros diz respeito aos atributos (características associadas mais frequentemente a um conceito, surgindo de forma repetida em referência a esse conceito). Relativamente à LS, os atributos que definem o conceito são as competências numéricas, compreensão, a capacidade de recorrer a informação para tomar decisões, assim como funcionar adequadamente no sistema de saúde. Estas competências estão bem descritas na literatura e a título de exemplo podem referir-se:

- Competências de leitura, que incluem diversos comportamentos metacognitivos como focar a atenção, utilizar uma análise contextual para compreender novos termos, recorrer à estrutura do texto para facilitar a compreensão, reconhecimento de palavras, organização e integração de informação [15].
- Competências numéricas (ou *Numeracy skills*), que incluem a anteriormente referida capacidade de ler, para além da capacidade de entender números e conseguir efectuar cálculos matemáticos básicos. Alguns autores indicam que as competências numéricas podem mesmo constituir o elemento mais importante da LS [22].

O conceito de C. Speros, incluindo os antecedentes, consequências e referências empíricas (componente que inclui testes de avaliação de LS) está descrito na tabela 2.

Tabela 2 - Atributos, antecedentes, consequências e referências empíricas da literacia para a saúde

---

**Atributos**

- Competências de Leitura
- Competências numéricas
- Compreensão
- Capacidade de utilizar a informação para tomar decisões
- Funcionar/actuar com sucesso no papel de doente

**Antecedentes**

- Literacia
  - Capacidade de leitura
  - Capacidade de compreender linguagem escrita
  - Competências numéricas
- Experiências no contexto da saúde
  - Exposição à linguagem médica
  - Contexto lógico de acordo com os modelos cognitivos

**Consequências**

- Maior optimismo no relato do próprio estado de saúde
- Diminuição dos custos em cuidados de saúde
- Aumento do conhecimento em saúde
- Diminuição do tempo de hospitalização
- Decréscimo na utilização dos serviços

**Referências empíricas**

- *Test of Functional Health Literacy (TOFHLA)*
  - *Health literacy component of the National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*
- 

**Conceito de Literacia para a Saúde proposto por Josephine Mancuso (2008)**

Quatro anos depois, Josephine Mancuso publicou uma nova definição do conceito. Baseando-se também numa análise conceptual/dimensional [16, 17, 18], a análise efectuada destacou três componentes cuja descrição é direccionada para as competências dos indivíduos.

Antes de abordar a definição em si, é importante compreender a estrutura do conceito, focando estes componentes. Desta forma, os *antecedentes* referem-se a capacidades que o indivíduo tem que apresentar previamente de forma a obter competência no campo da LS [16]. Uma análise da literatura levou J. Mancuso a sugerir 6 dimensões incluídas nos antecedentes, nomeadamente as dimensões operacional, interactiva, autónoma, informativa, contextual e cultural.

- A competência operacional é a capacidade de utilizar ferramentas, procedimentos e técnicas para lidar com a linguagem da melhor forma possível.
- A competência interactiva passa pela colaboração com outros indivíduos, com o intuito de auto-melhoramento (*self-improvement*) e auto-gestão.
- A competência de autonomia relata o *empowerment* pessoal do indivíduo, e a competência informativa consiste na capacidade de determinar a autoridade responsável pela divulgação de informação, assim como a actualidade dessa mesma informação.
- A competência contextual confere ao indivíduo conforto quando inserido em meio hospitalar, em centros de saúde e em outro contexto de prestação de cuidados de saúde.
- Por fim, a competência cultural é a capacidade de interpretar o significado do sistema de práticas sociais e agir de acordo com essa interpretação sobre a informação adquirida.

No que diz respeito aos atributos, J. Mancuso considera as partes integrantes: capacidade, comunicação e a compreensão [16, 17].

- A capacidade refere-se tanto ao potencial inato de um indivíduo como às suas competências. De facto, as capacidades em LS de um indivíduo são mediadas pela sua educação, e o facto de a sua LS ser adequada ou não, é afectada pela cultura, linguagem e as características do contexto em que o indivíduo se insere. As competências relacionadas com um nível de LS óptimo estão bem documentadas [19] e incluem adquirir, analisar e avaliar informação de saúde no que diz respeito à sua credibilidade e qualidade, manter-se actualizado, trabalhar em grupo, gerir recursos, entre outras. A oralidade faz também parte destas competências e representa uma componente essencial. De facto, é necessário ao doente articular as suas preocupações relativas à saúde assim como descrever a sintomatologia de forma precisa e colocar questões pertinentes aos profissionais de saúde.
- Relativamente à compreensão, sendo um processo complexo baseado na interacção eficaz de processos lógicos, linguagem e experiência, é de crucial importância na interpretação correcta de toda a informação fornecida pelos cuidados de saúde (formulários de consentimento, instruções de medicação e outras indicações médicas).
- A comunicação é o último atributo incluído no trabalho de J. Mancuso, descrita como a forma como os pensamentos, mensagens ou informação são transmitidos e trocadas (inclui o discurso, sinais, a escrita ou o comportamento). As competências envolvidas na comunicação também estão bem descritas [19] e, no que diz respeito à forma como se relaciona com a saúde, inclui o estudo e uso de estratégias para informar e influenciar decisões que promovem a saúde.

As consequências no campo da LS vão depender do grau de literacia. De facto, a autora refere que estão descritas consequências profundas quando os indivíduos não adquirem um grau de LS adequado. Um baixo grau de LS reflecte-se em [16, 20, 21]:

- Custos de saúde mais elevados, quer para o utente quer para o próprio sistema de saúde;
- Reduzido conhecimento das doenças e sua prevenção e tratamento;
- Menor capacidade de auto-cuidado e auto-gestão;
- Menor capacidade de corresponder aos requisitos das doenças crónicas;
- Baixa taxa de cumprimento das prescrições médicas e elevada taxa de erros relativos ao tratamento;
- Dificuldades de acesso aos serviços de saúde;
- Dificuldades de orientação no sistema de prestação de cuidados de saúde.

Os indivíduos com um nível de LS inadequado ou baixo recorrem mais aos serviços, apresentam um risco maior de hospitalização e são no geral utentes mais onerosos para o sistema de saúde [22]. Um nível inadequado de LS, de acordo com J. Mancuso [16], que cita a *American Medical Association* [20] e Barry D. Weiss [21], afecta a prevenção e os rastreios, a promoção de saúde, a obtenção de uma boa história clínica por parte dos profissionais de saúde, assim como a compreensão de explicações prestadas pelos profissionais e referentes a diagnósticos ou tratamentos. Um mau estado de saúde, definido por mal-estar físico, percepção de doença, doença ou deficiência, associam-se a um baixo nível de LS [22], assim como disparidade nos cuidados de saúde, maior risco de doença e deficiência [23].

Juntando assim toda a informação e pesquisa, Mancuso cria o conceito de LS, que define como o processo que evolui ao longo da vida do indivíduo e que engloba os atributos de capacidade/capacitação, compreensão e comunicação [16] (Figura 2). Os *outcomes* dependem do indivíduo ter atingido ou não um nível adequado de LS e do potencial para influenciar outros indivíduos e a sociedade. Comparativamente aos estudos anteriores, a definição criada por J. Mancuso apresenta um estudo mais aprofundado dos antecedentes, atributos e consequências comparativamente aos conceitos anteriores, assim como contempla também a vertente social/comunitária, sendo portanto mais completa e inclusiva que a concebida por D. Nutbeam e C. Speros.

### Conceito de Literacia para a Saúde proposto por I. Kickbush *et al.* (2008)

Ainda em 2008, Ilona Kickbush *et al.* conceptualizaram um conceito de LS derivado do conceito de literacia *skill-based* (baseado em competências), contrariamente ao conceito *task-based* (baseado em tarefas) existente à data do estudo [27]. Previamente, a autora tinha já evidenciado a existência de um grande fosso entre a saúde e a educação, após a análise de dados relativos a populações afectadas por VIH na África Subsaariana, assim como proposto intervenções ao nível da Literacia para a Saúde de forma a diminuir esta assimetria.

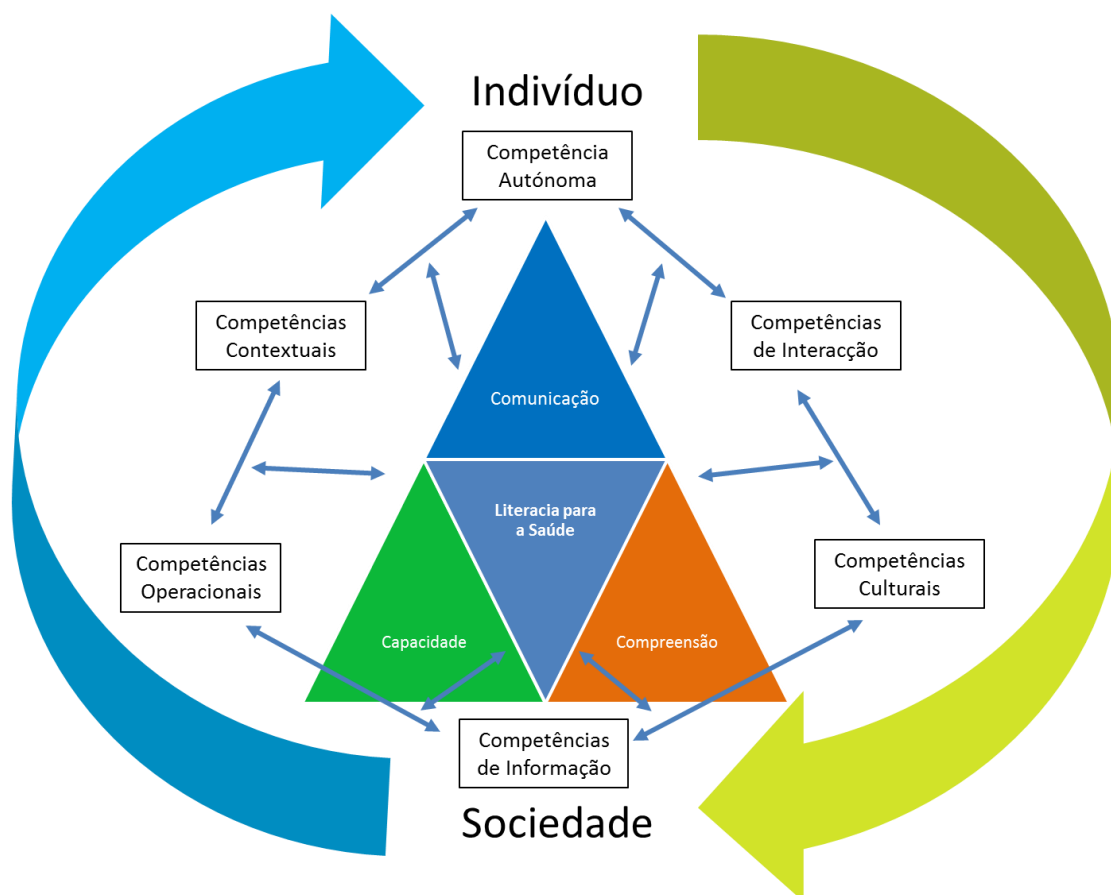


Figura 2 - Modelo conceptualizado por Josephine Mancuso em 2008. Adaptado de [16].

Os autores definem assim LS como a capacidade de tomar decisões correctas em contexto de saúde, na vida do dia-a-dia (em casa, em público/na comunidade, no trabalho, no sistema de saúde, como consumidor e no domínio da política). De facto trata-se de uma estratégia de *empowerment* essencial para conferir aos indivíduos o controlo e responsabilização sobre a sua própria saúde e capacidade de pesquisar informação [27]. Dito de outra forma, o conceito de literacia *skill-based* aqui formulado assenta no conhecimento e competências que os indivíduos devem possuir para funcionarem em contexto social com ênfase em competências como:

- Capacidade de aplicar a compreensão de leitura;
- Capacidade de cálculo aplicado ao contexto dos serviços de saúde;
- Capacidade de ler e compreender formulários de consentimento informado, bulas de medicamentos e rótulos, entre outras informações relacionadas com os serviços de saúde;
- Capacidade de compreender informação escrita e oral prestada por profissionais de saúde.

Os autores estabelecem também relações entre a LS e outros conceitos e situações relevantes para a definição elaborada, nomeadamente:

- LS e informação referente a saúde
  - Boa informação e a compreensão dessa mesma informação são elementos essenciais para o desenvolvimento de LS [27]. Por vezes pode ser útil recorrer aos profissionais de saúde ou a publicações e páginas *Web*, pois podem servir como guias.
- A LS como capital social
  - A LS representa também uma dimensão da comunidade, que, para além de proporcionar uma forma de ajudar os seus membros, também inclui a compreensão de um espectro alargado de informação, como é o caso de dados de saúde populacional relativos a determinantes de saúde, necessários a melhorar a saúde dos membros da comunidade.
- LS e Empowerment
  - *Empowerment* é um conceito chave associado à LS [27]. Este inclui não só comportamentos de promoção de saúde mas também a capacidade de prestar cuidados primários em contexto individual, familiar e também de prestar primeiro socorros.
  - Ainda referente a este conceito, surge também associada a compreensão dos conselhos e instruções dos profissionais de saúde assim como a participação activa no processo de decisão terapêutica.
- LS na saúde e na doença
  - A saúde surge no contexto da vida diária, no local onde os indivíduos habitam [28], incluindo o ambiente escolar, laboral e lúdico.
  - As competências da LS têm de se centrar nos 5 domínios da vida diária, nomeadamente, nos cuidados de saúde, em casa e na comunidade, no trabalho, na política e no indivíduo como consumidor (tabela 3 e figura 3)

Desta forma, a definição de LS aqui proposta pelos autores e atendendo à figura 3, trata-se de uma evolução da definição proposta por Nutbeam, *et al.* com as três divisões de LS iniciais (LS crítica, LS interactiva/de interacção e LS funcional) conciliadas com os vários domínios com que a LS interage: (1) o contexto habitacional e comunitário/social, (2) o contexto laboral, (3) contexto dos serviços de saúde, (4) o contexto político e, por fim, (5) o contexto comercial (*Market*). Não deixa de ser uma visão inovadora, mas sempre centrada na componente individual e da relação do indivíduo com o meio que o rodeia.

### Conceito de Literacia para a Saúde proposto por D. Freedman *et al.* (2009)

No ano seguinte, Darcy A. Freedman *et al.* redefiniram o conceito de LS, [25], tornando-o mais abrangente relativamente a conceitos anteriores, no seguimento do que I. Kickbush *et al.* tinha já conceptualizado [27]. De facto, o conceito de LS tinha sido operacionalizado anteriormente como uma construção individual, sendo que D. Freedman *et al.* defendem a sua requalificação num conceito composto por duas componentes, nomeadamente a LS a nível individual, e a LS numa perspetiva colectiva e pública.

Tabela 3 - Domínios e competências da Literacia para a saúde. Adaptado de [27]

Domínios das competências	Foco
Sistema de Cuidados de Saúde	Competências do doente que lhe permitem orientar-se no sistema de prestação de cuidados de saúde e facilitar a acção médica
Casa e Comunidade	Competências gerais em saúde e a aplicação de comportamentos que promovem a saúde, protegem e previnem doenças, assim como permitem prestar primeiros socorros ao próprio indivíduo e familiares.
Local de trabalho	Competências operacionais: protecção da saúde através da prevenção de acidentes de trabalho assim como evitar doenças ocupacionais e promover campanhas de segurança no trabalho. Será também relevante promover um equilíbrio entre a actividade laboral e a vida extralaboral.
Domínio Político	Competências dos membros da comunidade: incluem o poder de voto informado, conhecimento dos direitos em contexto de saúde e participação em organizações de saúde.
Mercado	Competências como consumidor e que incluem: selecção de bens e serviços e agir correctamente, defendendo os direitos dos consumidores.

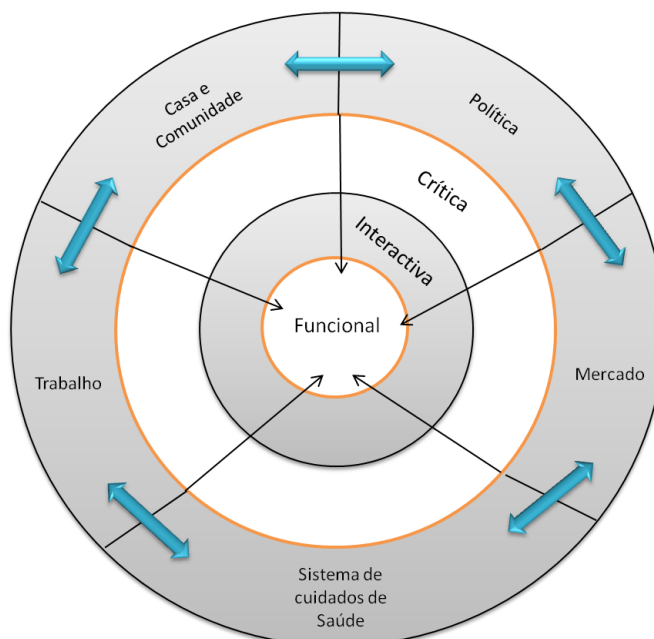


Figura 3 - Domínios da Literacia para a Saúde propostos por I. Kickbush *et al.* (2008).

De acordo com os autores, a LS pública define-se como o grau a partir do qual os indivíduos e grupos têm a capacidade de obter, processar, compreender, avaliar e agir perante a informação, de forma a tomar decisões de saúde pública que beneficiem a comunidade. Na análise efectuada são consideradas três dimensões integrantes:

- Fundamentos conceptuais
  - Incluem os conhecimentos básicos e informação necessária para compreender e agir relativamente às questões de saúde
- Competências críticas
  - Consistem no conjunto de *competências* necessárias para obter, avaliar e agir relativamente á informação necessária para tomar decisões no campo da saúde pública para o benefício da comunidade
  - Este tipo de *competências* também se foca em promover a saúde das comunidades e em menor grau, a saúde individual. De acordo com os autores [25], os cidadãos deverão desenvolver a capacidade de compreender os conceitos de saúde pública no contexto pessoal e comunitário.
  - Indivíduos ou grupos com um nível elevado de LS pública possuem as competências que permitem transmitir/comunicar os problemas se saúde que afectam a comunidade assim como mudar ou direccionar os debates e acções para abordagens mas abrangentes que lidem com os problemas existentes.
- Orientação cívica
  - Esta dimensão da LS pública assegura que o colectivo populacional se mantenha no centro das problemáticas de saúde e inclui todas as competências e recursos necessários para lidar com as preocupações de saúde debatidas em praça pública [25].

O envolvimento social inclui o reconhecimento da forma de distribuição dos recursos e representa o primeiro passo da acção cívica no sentido da Saúde Pública. Para além da definição do conceito, os autores propõem igualmente uma abordagem para aumentar os níveis de literacia das populações a qual, ainda que conceptual e generalista, mantém o seu valor teórico. Inicialmente, os esforços deverão incidir nos sistemas educacionais, incluindo as escolas primárias, secundárias e ensino universitário. Este tipo de treino teria como propósito aumentar a taxa de indivíduos informados, preparando-os para mais tarde lidarem de forma adequada com os possíveis problemas de saúde a partir de diversas perspetivas (no trabalho, como cidadãos, como pais, entre outras). Em segundo lugar, há a necessidade de aumentar os níveis de literacia entre as comunidades em geral. Este aumento pode envolver a participação dos meios de comunicação (imprensa, televisão, rádio, sítios *web*, entre outros), em simultâneo com iniciativas sediadas na comunidade ou no ambiente laboral.

Por fim, D. Freedman *et al.* referem que treino dirigido pode ser necessário, no caso de profissionais sem treino em saúde pública mas cuja profissão influencia a saúde das comunidades. Abordagens deste tipo incluem a informação sobre temas como a obesidade infantil entre administradores escolares, vendedores de produtos alimentares, legisladores ou os *media*, permitindo a estes indivíduos aumentar o seu nível de literacia.

O conceito elaborado por Freedman *et al.*, ainda que inclusivo, não estabelece uma relação entre a LS e outros aspectos importantes, como é o caso dos *outcomes* em saúde ou determinantes pessoais sociais ou diferenciais. Desta forma, o último conceito de LS analisado no presente trabalho faz parte de um modelo inclusivo e que tenta agregar a informação disponível, conciliando os modelos já descritos anteriormente num só modelo, muito focado na componente de saúde comunitária, assim como numa abordagem ao longo do ciclo de vida do indivíduo, incluindo também a relação da LS com os diferentes *outcomes* e determinantes de saúde.

## Conceito de Literacia para a Saúde proposto por K. Sørensen *et al.* (2012)

Na concepção deste modelo, Kristine Sørensen *et al.* analisaram vários modelos concebidos previamente e, partindo destes, propuseram um modelo de LS mais abrangente [14], pois os modelos anteriores tinham uma caracter estático e não contavam com o facto de a LS ser um processo contínuo, o qual que envolve consecutivamente aceder, compreender, processar e transmitir informação. Para além disso, e durante muito tempo, a ênfase na área da LS foi dada à capacidade de lidar com os conceitos e números no contexto médico, o que seria necessário alterar de forma a promover uma evolução do modelo/conceito de LS.

O processo sequencial central integrado no modelo de Sørensen *et al.* (aceder à informação de saúde, compreender essa informação, integrá-la e aplica-la) gera conhecimento e competências, as quais permitem ao indivíduo atravessar os três domínios que fazem parte dos cuidados de saúde: (1) cuidados de saúde propriamente ditos, (2) prevenção de doenças e, (3) promoção da saúde.

Neste caso, o modelo em si combina as qualidades de um modelo conceptual, destacando as principais componentes da LS, indicadas no no centro da Figura 4, com uma vertente lógica, que mostra os factores proximais e distais com impacto na LS, juntamente com as vias que ligam a LS aos *outcomes* em saúde [14].

- Centrais ao modelo surgem as competências relacionadas com os processos de aceder, compreender, integrar e aplicar a informação obtida.
- O processo de aceder refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informações de saúde.
- A compreensão inclui, logicamente, a capacidade de compreender a informação que é acedida.
- A interiorização descreve os processos de interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação de saúde que foi acedida.
- Por fim, a aplicação inclui as capacidades de comunicação e utilização da informação de forma a potenciar a toma de decisões que mantêm ou melhoram a saúde.

Cada uma destas competências representa uma dimensão importante da LS, requer qualidades cognitivas específicas e depende da qualidade da informação fornecida. As competências também incorporam outras abordagens dentro da LS como é o caso da LS funcional, LS interactiva e LS crítica, já propostas por D. Nutbeam *et al.* [13] e adoptadas por I. Kickbush *et al.* [27].

Percorrendo os passos do modelo proposto de LS em cada um dos 3 domínios (Cuidados de Saúde; Prevenção de Doenças; Promoção de Saúde), é possível aos indivíduos controlarem a sua saúde, aplicando as competências de LS e numéricas (*numerical skills*), assim como competências mais específicas, de forma a adquirirem, compreenderem, analisarem criticamente e interiorizarem informação de saúde. As competências e capacidades envolvidas na LS desenvolvem-se durante a vida do indivíduo e ligam-se à aprendizagem contínua durante este período.

Os três domínios representam ainda a progressão de um ponto de vista individual para uma perspectiva populacional. O modelo da figura 3 mostra ainda os antecedentes e as consequências da LS, assim como uma distinção entre factores distais, que incluem determinantes sociais e ambientais (situação demográfica, cultura, linguagem, orientação política e sistemas sociais), factores proximais, mais focados nos determinantes pessoais (idade, género, etnia, *status* socioeconómico, educação, ocupação, emprego, rendimento e literacia, entre outros) e, por fim, determinantes situacionais (apoio familiar, influências da família e dos pares, utilização dos media e ambiente).

A análise de todos estes modelos permite concluir que o conceito de LS evoluiu bastante desde os anos 70, altura em que foi conceptualizado pela primeira vez, até à actualidade. Foi rapidamente considerado um ponto importante pelos serviços de saúde, sobretudo a área de Cuidados de Saúde Primários, passando depois a ser incluído na área da Saúde Pública.

Existem outros modelos referentes ao conceito de LS, não fazendo parte do presente trabalho efectuar uma descrição exaustiva de todos eles (tabela 4). No entanto, atendendo aos

modelos analisados, é possível verificar uma evolução da LS, que começou por ser encarada como uma mais-valia individual [12], sendo mais tarde adoptada também uma perspectiva colectiva do conceito. Apesar de todos os pontos distintos que surgem nas várias abordagens, todos os autores parecem concordar com o facto de a LS ter uma importância crucial nos *outcomes* em saúde e que estes serão melhores ou piores, consoante o grau de literacia for mais elevado ou mais baixo, respectivamente [13, 14, 15, 16, 31, 32, 33]. De qualquer forma, os vários autores que se dedicaram ao estudo do conceito, foram muito influentes em vertentes como intervenção no campo e concepção de programas de saúde aplicados em múltiplos países.

## Críticas ao conceito de Literacia para a Saúde e abordagens alternativas

No que diz respeito ao estudo do conceito de LS, alguns autores teceram críticas relativamente à forma como o conceito foi definido e às áreas em que o estudo incidiu [40; 41]. Em 2002, Keith Tones emitiu a sua opinião num editorial, no qual defendia a ideia de que o novo conceito de LS criado por D. Nutbeam e apoiado por I. Kickbush em 1999/2000 se cingia principalmente a um renomear de outros conceitos importantes e que, para além de ser um exercício desnecessário, resultaria também em confusão e prejudicaria o refinamento de teorias já existentes, referentes à Promoção da Saúde e Educação para a Saúde [40]. Ainda dentro do mesmo assunto, Keith Tones refere que o conceito de Literacia para a Saúde definido por D. Nutbeam se sobrepõe substancialmente ao conceito de *empowerment*, chegando mesmo a defender que são conceitos praticamente sinónimos [40]. Relativamente à literacia crítica e a esta em particular, Keith Tones defende que não seria problema dar essa definição à análise crítica de informação não fosse o facto dos tipos de capacidade e competência envolvidos nesse processo terem já sido descritos previamente e de forma mais sofisticada e detalhada pelo campo da Psicologia Social e Cognitiva [40].

De qualquer forma, o conceito de Literacia para a Saúde persistiu, tendo sido estudado adoptado e por diversos autores, um dos quais respondeu mesmo a Keith Tones em 2011 [41], defendendo o conceito, mas focando-se num prisma crítico e dando ênfase ao termo Literacia para a Saúde Crítica (LSC). De acordo com Deborah Chinn, a LSC poderá representar uma ferramenta conceptual no campo da Promoção da Saúde se (1) o termo for claramente elucidado e os domínios que o constituem identificados, (2) o conceito estiver aberto a mensuração e as ferramentas que a possibilitam sejam desenvolvidas, e, por fim, (3) que as ligações entre a LSC e os *outcomes* em saúde, quer individual quer colectiva sejam delineados e avaliados.

Tabela 4 - Modelos conceptuais de Literacia para a Saúde. Adaptado de [14]

Referencias	Dimensões	Antecedentes	Consequências
Nutbeam (2000) [13]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LS Funcional</li> <li>• LS Interactiva</li> <li>• LS Crítica</li> </ul>	Acções de promoção de saúde (educação, mobilização social e advocacia)	<p><b>Benefícios individuais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoramento do conhecimento dos riscos.</li> <li>• Cumprimento das prescrições médicas. Melhor capacidade de agir de forma independente sobre a informação obtida.</li> <li>• Melhor motivação e autoconfiança.</li> <li>• Melhor resiliência perante a adversidade.</li> </ul> <p><b>Benefícios da comunidade/sociais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da participação da comunidade em programas de saúde</li> <li>• Mais capacidade para influenciar as normas sociais e interagir com grupos sociais</li> <li>• Melhor capacidade para agir sobre os determinantes de saúde económicos e sociais</li> <li>• Melhor <i>empowerment</i> da comunidade</li> </ul>
Speros (2004) [15]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências de leitura/númericas</li> <li>• Compreensão</li> <li>• Capacidade para utilizar a informação de saúde para tomar decisões</li> <li>• Desempenho adequando no papel de consumidor de serviços de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Literacia</li> <li>• Experiência prévia em contexto de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhor descrição do próprio estado de saúde.</li> <li>• Diminuição dos custos com a saúde.</li> <li>• Aumento do conhecimento sobre saúde.</li> <li>• Períodos de hospitalização mais curtos e menor frequência de utilização dos serviços.</li> </ul>

Tabela 4 - Modelos conceptuais de Literacia para a Saúde (continuação).

Mancuso (2008) [16]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade</li> <li>• Compreensão</li> <li>• Comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências operacionais</li> <li>• Competências de interação</li> <li>• Competências de autonomia</li> <li>• Competências de informação</li> <li>• Competências contextuais</li> <li>• Competências culturais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Custos de saúde.</li> <li>• Conhecimento sobre doenças e tratamentos.</li> <li>• Competências de auto-gestão.</li> <li>• Capacidade para lidar com doenças crónicas.</li> <li>• Adesão às recomendações e prescrições médicas.</li> <li>• Detecção de erros médicos e de medicação.</li> <li>• Acesso e utilização dos serviços de saúde.</li> <li>• Utilização de serviços onerosos como os serviços de urgência e internamento.</li> <li>• <i>Outcomes</i> em saúde e custos.</li> </ul>
Kickbush & Maag (2008) [27]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LS Funcional</li> <li>• LS Interactiva</li> <li>• LS Crítica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema educativo</li> <li>• Sistema de prestação de cuidados de saúde</li> <li>• Cultura (casa e comunidade)</li> <li>• Ambiente laboral</li> <li>• Política e mercado</li> </ul>	
Freedman <i>et al.</i> (2009) [25]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamentos conceptuais</li> <li>• Competências críticas</li> <li>• Orientação cívica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forças políticas, sociais e ambientais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceder e utilizar os cuidados de saúde.</li> <li>• Interação doente-profissional.</li> <li>• Gestão da saúde e da doença.</li> </ul>

Desta forma, a autora no seu trabalho [41], desenvolveu o conceito de LSC e descreveu os seus vários domínios (Tabela 5), refutando simultaneamente as ideias de Keith Tones ao demonstrar que a LSC pode ser vista como um conceito constituído por domínios interligados, os quais se relacionam com outras construções importantes. Para D. Chinn, a LSC retém sempre um foco na interacção entre os indivíduos e a informação relativa a saúde, assim como a forma como essa informação é utilizada a nível individual e colectivo, de forma a atingir *outcomes* que promovem a saúde [41].

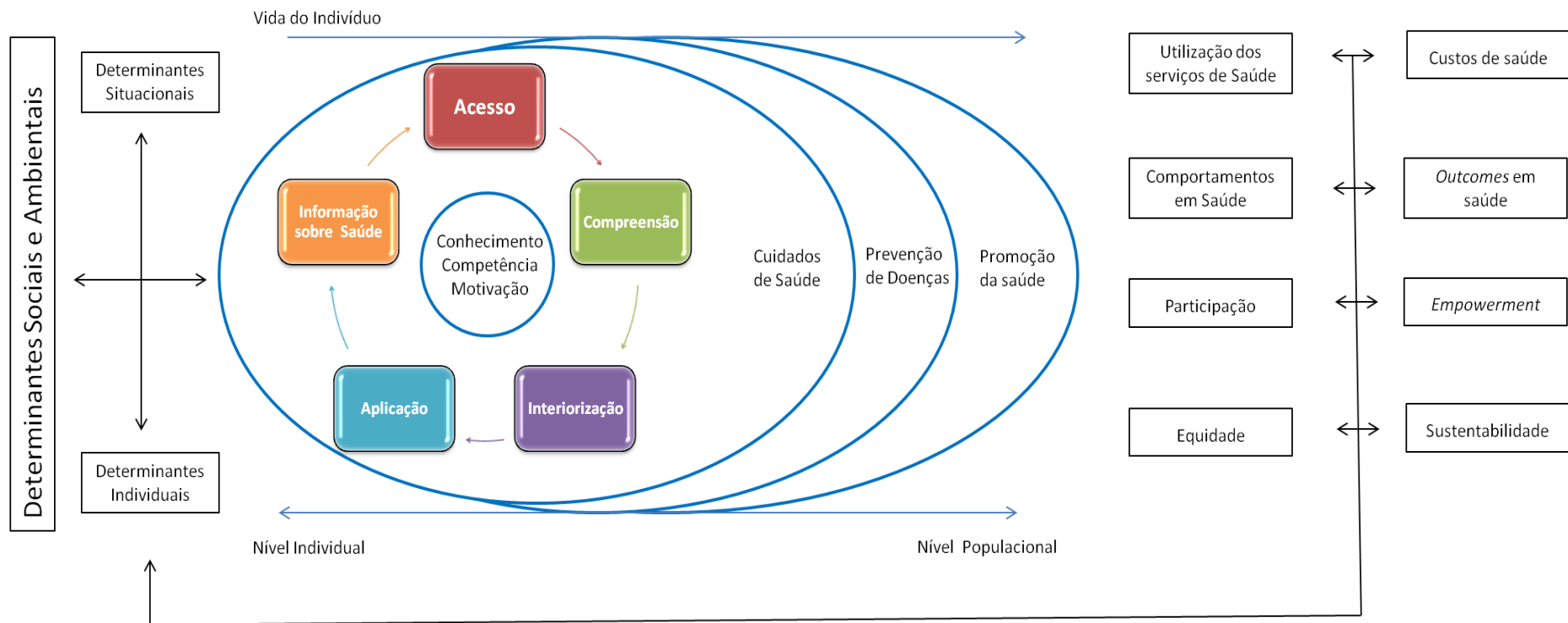


Figura 4 - Modelo integrativo de Literacia para a Saúde (2012). Adaptado de [14].

Tabela 5 - Domínios da Literacia para a Saúde Crítica (2011). Adaptado de [41].

Domínio da Literacia para a Saúde Crítica	Competências	Conhecimento	Conceitos associados	Outcomes observáveis
Assimilação crítica de informação	Competências cognitivas para gerir e interpretar informação, o que inclui, memória, capacidade de síntese, abstracção e reflexão. Aqui o propósito é avaliar a relevância da informação	Métodos científicos  Conhecimento médico	Medicina baseada na evidência  e-literacia  <i>Media literacy</i>	Pesquisa pessoal de assuntos referentes à saúde.  Questionar informações de saúde.
Compreensão dos determinantes sociais de saúde	Competências cognitivas como já referidas acima	Desigualdades na prestação de cuidados de saúde  Realidades e estruturas sociais e políticas	<i>Media literacy</i>  Consciencialização  <i>Empowerment</i>	Alteração dos padrões de consumo.  Questionar informações de saúde.
Acção colectiva	Competências de: comunicação, interacção e organização comunitária (planeamento, estabelecimento de metas e prioridades).	Desigualdades na prestação de cuidados de saúde  Realidades e estruturas sociais e políticas	<i>Empowerment</i> psicológico  Capital social  Emancipação	Acção social para a saúde.  Participação em decisões e democracia.

### Literacia para a Saúde e associação com outros aspectos importantes em Cuidados de Saúde primários.

A relação entre a LS e os outcomes em saúde, assim como com a avaliação de informação de saúde ou com a adesão às prescrições médicas, são assuntos muito estudados tendo na sua generalidade ido ao encontro do que era inicialmente espectável.

No caso da relação entre a LS e os *outcomes* em saúde, a *Agency for Healthcare Research and Quality* nos EUA publicou um relatório extenso, no qual estabelece uma relação entre os

dois conceitos no âmbito da Saúde Pública (Janeiro de 2004) [33]. Neste relatório foram incluídos diversos estudos elaborados no decurso de mais de vinte anos (1980 - 2003). As conclusões apontam para uma associação entre um grau/nível de literacia baixo e *outcomes* de saúde adversos, nomeadamente um reduzido conhecimento sobre saúde, aumento da incidência de doenças crónicas e utilização mais reduzida dos serviços de cuidados primários [33].

A adesão a prescrições e tratamentos médicos e a sua relação com a LS, é outro tema importante para os prestadores de cuidados de saúde. De facto, está documentado que cerca de 16% dos doentes não renova as prescrições médicas [34] e que cerca de 50% dos doentes que compra os fármacos prescritos pelo médico, desiste do tratamento nos primeiros seis meses [35; 36]. Do ponto de vista da adesão às prescrições médicas, uma fraca adesão resulta numa falha na obtenção dos objectivos terapêuticos, progressão da doença, sequelas clínicas e *outcomes* sub-óptimos, culminando com um aumento da mortalidade [36, 37].

Os doentes que não aderem sistematicamente à terapêutica apresentam um risco de hospitalização superior à média, com custos maiores para o erário público [36, 38, 39]. Do ponto de vista dos prestadores de cuidados de saúde, a não adesão resulta em sentimentos de frustração e desinvestimento afectivo para com estes doentes [36]. Existe assim uma relação documentada entre os *outcomes* em saúde e a adesão às prescrições e recomendações médicas [36, 37, 38, 39]. Seria lógico pensar que um doente bem informado e conhecedor dos seus problemas de saúde, tratamentos e prognóstico teria melhor probabilidade de seguir as indicações dos profissionais de saúde, assim como, e num sentido mais lato, comportar-se em sociedade de acordo com a sua doença (esta última situação pode colocar-se quando o doente tem doença transmissível). Confirmada esta premissa, Zhang N. *et al.* publicaram um trabalho de revisão e meta-análise, no qual apontam para uma relação entre a LS e a adesão às recomendações médicas [36] e determinaram a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os dois conceitos, ainda que fraca.

Após o estudo dos vários modelos, desde a concepção do conceito até à actualidade, foi possível verificar que o estudo da LS incidiu inicialmente numa análise conceptual, que culminou no desenvolvimento de diversos modelos e estabeleceu relações com outros conceitos como, *outcomes* em saúde, as *competências*, adesão às prescrições médicas, determinantes de saúde entre outros. Porém, o conceito em si e a sua definição permanecem em aberto, mesmo com a criação de modelos conceptuais tão amplos como o proposto por K. Sörensen *et al.* Será sempre importante referir que a viabilidade de um conceito está directamente relacionada com a possibilidade da sua mensuração no campo, assim como na utilização do modelo para criar intervenções em populações com o intuito de promover a LS. Assim se conclui que após a criação de um modelo, deve seguir-se também a criação de uma forma de mensurar a LS de acordo com o modelo, um assunto que será discutido em seguida.

## II. Fundamentos da mensuração da Literacia para a Saúde

De uma forma geral, a aferição da LS é efectuada recorrendo a inquéritos ou entrevistas dos mais variados tipos, realizados antes e depois da aplicação de programas endereçados à promoção de saúde. A mensuração é uma etapa essencial pois permite validar intervenções ou adaptá-las às necessidades das populações quando efectuada a *priori*. No seguimento desta ideia, o ideal para uma óptima eficácia/eficiência de implementação de um programa de saúde, passa por uma avaliação inicial da LS ou de outros parâmetros da população alvo em que o programa incide, e só depois a elaboração do programa e a sua implementação.

### Problemas colocados no processo de mensuração da Literacia para a Saúde

Atendendo à pesquisa efectuada, existem vários problemas envolvidos no processo de mensuração da LS, ainda antes da criação das ferramentas necessárias para tal. De facto, o conceito de LS é vasto e pouco consensual, o que em si dificulta o processo.

Autores como Andrew Pleasant [42], defendem que deverá ser criada uma definição de LS que reúna um extenso consenso e que seja também passível de ser validada pela comunidade científica. Neste contexto, o propósito seria simultaneamente criar um método de mensurar o conceito criado [42]. A. Pleasant indica mesmo que existe uma completa desconexão entre algumas das definições de LS e os métodos aplicados na sua mensuração mas por outro lado, admite que quanto mais completo é o conceito, mais difícil será a sua mensuração, algo espectacular dada a multidimensionalidade da LS.

Após a criação das ferramentas necessárias, surge outro problema associado ao uso das ferramentas, nomeadamente, a viabilidade de mensurar a LS em todos os indivíduos que frequentem os serviços de saúde [42; 43; 44]. Por fim, métodos de avaliação muito extensos necessitarão de muito tempo para a sua correcta implementação, razão pela qual, em diversos estudos, são escolhidos métodos mais simples ainda que menos exactos de mensurar a LS, recorrendo a conceitos de LS também mais simples. O ideal, em muitos casos, seria a criação de um método baseado num modelo estandardizado, e que fosse tão eficiente quanto eficaz, entrando em conta com as limitações de tempo que existem no contexto dos serviços de saúde.

Relativamente à mensuração da LS em jovens que frequentam o ensino, ainda que existam também as mesmas limitações temporais, idealmente deveria ser reservado tempo para a mensuração da LS assim como a identificação de lacunas neste campo e que mais tarde seriam alvo de intervenção, dados os potenciais ganhos em saúde deste tipo de intervenções.

### Ferramentas de mensuração da Literacia para a Saúde

Independentemente de todos os problemas já referidos, foram elaboradas diversas ferramentas, as quais inicialmente derivaram do conceito de Literacia definido anteriormente e com aceitação por parte da comunidade científica. Questionários como o WRAT-R (*Wide Range Achievement Test-Revised*) serviram como ponto de partida numa avaliação preliminar da LS,

pois eram simples e focavam-se na avaliação das competências de leitura, ou, de forma mais limitada, na avaliação de competências numéricas em contexto clínico, como o Teste MART ou *Medical Terminology Achievement Reading Test* (tabela 6).

Tabela 6 - Testes para mensuração de Literacia e de Literacia para a Saúde (2002). Adaptado de [43].

Variáveis	WRAT-R	REALM	MART	SORT-R	TOPHLA
Descrição	Teste de reconhecimento de palavras	Teste de reconhecimento de termos médicos	Teste de reconhecimento de termos médicos recorrendo a rótulos em medicamentos	Teste de reconhecimento de palavras	Teste de LS funcional
Idade	5 - 74 anos	Apenas adultos	Adolescentes do ensino secundário	4 anos ou mais	Apenas adultos
Tempo necessário	3 a 5 minutos	2 a 7 minutos	3 a 5 minutos	5 a 10 minutos	22 minutos ou 7 na versão curta
Vantagens	Rápido de aplicar	Rápido e utiliza terminologia médica	Rápido e pouco ameaçador	Rápido	Mede a literacia para a saúde funcional, está disponível em versão abreviada e também em castelhano.
Limitações	Teste difícil	Atribui apenas equivalentes ao ano de escolaridade	Não existe experiência clínica publicada	Teste está impresso em letra de tamanho reduzido, e muitos itens são intimidantes, pelo que não é um teste recomendado para indivíduos com baixa literacia	A versão longa é muito demorada de aplicar e o teste temporizado pode ser frustrante

Miranda Andrus *et al.* agrupou os vários testes em três categorias principais: (1) testes de reconhecimento de palavras, (2) testes de leitura e compreensão e (3) testes de LS funcional. Já em 2002, pouco tempo após a sua concepção, o teste TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) era muito utilizado, pois, ao contrário dos restantes testes descritos por Miranda A. *et al.*, avaliava também a forma como os indivíduos agiam em situações reais no contexto dos serviços de prestação de cuidados de saúde, ou seja, a LS funcional. As desvantagens deste teste passam pelo facto de ser um teste extenso e demorado comparativamente aos restantes testes considerados, assim como só poder ser aplicado em adultos.

Em 2014, Andrew Pleasant publicou um trabalho onde refere aquelas que considera serem as ferramentas mais importantes de mensuração de LS (ver anexo 2, tabela 8).

De notar que alguns destes testes foram adaptados para aplicação em meio escolar a crianças e adolescentes, o que demonstra a sua adaptabilidade e corência.

O trabalho de Batterham R. W. *et al.*, publicado em 2016 sugere seis dimensões dentro de dois contextos distintos, onde é possível incidir a avaliação da LS, assim como quais as potenciais finalidades dessa mesma mensuração [44] (tabela 7). Ambos os contextos providenciam oportunidades para melhorar a equidade na saúde e *outcomes*, ao responder de forma adequada às necessidades da LS.

Apesar de ser discutível a necessidade de mensurar a LS em cada indivíduo [42; 43; 44], é de grande relevância que todos os profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde estejam alerta e sensibilizados para o espectro de necessidades relativas à LS [44]. Batterham R. W. *et al.* sugerem também a utilização do questionário HLQ (*Health Literacy Questionnaire*) na mensuração da LS, o qual discrimina nove escalas de LS, que reflectem as experiências e competências dos indivíduos quando interagem com prestadores de cuidados de saúde e serviços [44; 45]. Dado o poder discriminativo da ferramenta, é possível encontrar diferentes necessidades de LS para cada indivíduo, e a abordagem será mais individualizada o que poderá reflectir-se em melhores resultados.

### III. Intervenções na área da Literacia para a saúde

#### Literacia para a saúde: a abordagem na adolescência e contexto escolar

A prevenção e a intervenção precoce são pontos centrais no que diz respeito à Saúde Pública e Cuidados de Saúde Primários. A modificação de comportamentos e consequentemente, a redução da exposição a factores de risco, pode ocorrer em qualquer fase da vida de um indivíduo mas existem estudos descritos na literatura que indicam que a adolescência em particular é uma fase importante para a adopção de novos comportamentos [30]. Esta fase de desenvolvimento engloba diversas modificações físicas, emocionais e cognitivas, representando um período no decurso do qual os adolescentes adquirem mais autonomia, desenvolvem capacidades mais apuradas para processar informação e reflectem mais profundamente sobre ideias abstratas, o que promove o raciocínio. De facto, e particularmente em adolescentes com doenças crónicas, diversos estudos têm mostrado que estes indivíduos têm maior probabilidade de interagir com o sistema de saúde assim como assumir maior responsabilidade para com o seu próprio tratamento [30].

Tabela 7 - Finalidades da mensuração da LS e sua análise perante os vários níveis propostos (2016). Adaptado de [44].

Níveis em que se pode mensurar a LS	Potenciais finalidades da mensuração da LS
<p><b>Contexto dos serviços de saúde</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doentes individuais</li> <li>2. Grupos de doentes</li> <li>3. Serviços de saúde individuais</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução de problemas em doentes complexos.</li> <li>• Treinar os prestadores de cuidados de saúde para responderem a diferentes necessidades consoante os níveis de LS.</li> <li>• Identificar factores comuns que contribuem para um parco acesso à saúde e <i>outcomes</i> indesejáveis.</li> <li>• Planear mecanismos que permitam aos serviços responder às necessidades em LS.</li> <li>• Informar firmas de advocacia.</li> <li>• Diagnosticar/identificar os pontos fortes assim como as limitações da população alvo no contexto da LS, e a forma como estes pontos fortes e limitações contribuem para as conhecidas desigualdades de acesso e participação na saúde e <i>outcomes</i> em saúde.</li> <li>• Desenvolver estratégias específicas para responder às limitações comuns da LS.</li> </ul>
<p><b>Contexto da comunidade e da população</b> Áreas locais (tanto saúde comunitária como das autoridades locais)</p>	<p>Planear estratégias de marketing e educação transversais aos serviços.</p> <p>Avaliar a capacidades dos membros das comunidades para participar em actividades de planeamento de saúde ao nível das comunidades (LS crítica) e desenvolver abordagens apropriadas à sua participação.</p>
<p>Inquéritos a nível nacional (para comparar regiões e grupos)</p>	<p>Identificar as relações entre a LS e o acesso, equidade e <i>outcomes</i>, de forma a desenvolver serviços de saúde, políticas de saúde pública e estratégias.</p>
<p>Países (comparações internacionais)</p>	<p>Planear campanhas de educação para a saúde ou campanhas que apoiem a implementação de novos serviços, iniciativas de rastreio (tumores do colon/recto ou tumores cutâneos) ou programas de vacinação.</p> <p>Investigar as dificuldades dos utentes (nível regional) no planeamento e financiamento (isto assumindo que é mais oneroso melhorar os <i>outcomes</i> em saúde utentes com LS mais reduzida comparativamente a outros com maior Literacia).</p> <p>Auxílio jurídico para governos de países em que se verifique baixa LS.</p> <p>Identificar países que são o exemplo de como melhorar os níveis de LS das populações.</p>

No cômputo geral, todas estas alterações, de acordo com Manganello J. *et al.*, fazem da adolescência uma fase apropriada para aplicar intervenções, promovendo a LS numa fase precoce, o que será benéfico no que diz respeito a *outcomes* em saúde mais tarde na vida dos indivíduos [30].

No trabalho citado, é proposto um modelo que explicita os diferentes pontos em que deve incidir o estudo da LS em adolescentes, incluindo os traços individuais e os *outcomes* em saúde, entre outros (figura 5). Existindo consenso quanto a estas ideias, o próximo passo passa pela avaliação preliminar das necessidades das populações e pela criação de condições que permitam a implementação deste tipo de intervenções direccionadas para a promoção da saúde (através do aumento da LS).

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

## Perspectivas em Portugal e Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE)

Em Portugal a Direcção Geral de Saúde (DGS) adoptou uma intervenção global a ser aplicada em escolas por todo o país, explicitada na forma de um programa designado Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). O programa teve como ponto de partida a Carta de *Otawa* em 1986, assim como de outra noção mais antiga, a da Escola Promotora de Saúde (EPS), um conceito criado pela OMS nos anos 80 [46]. De acordo com a definição dada pela própria OMS, uma escola promotora de saúde é uma escola que promove o seu espaço e o transforma num meio de excelência para viver, aprender e trabalhar [47].

Uma Escola Promotora de Saúde (EPS) baseia-se em três aspectos, nomeadamente no currículo, no ambiente, e na interacção entre a escola, a família e o meio. Caso pretenda integrar a Rede de Escolas Promotoras de saúde, uma escola deverá distinguir-se pela inovação, cultura de desenvolvimento individual e organizacional, assim como pela implementação efectiva dos princípios e das práticas da promoção de saúde, devendo para isso criar mecanismos de avaliação do processo.

Do ponto de vista Europeu, as EPS ajudam os países a atingir metas e objectivos relativamente a políticas para a saúde e bem-estar, descritas pela OMS nos documentos *Health 2020* [48] e *Europa 2020* [49]. O PNSE, na sua primeira iteração remonta a 1995, tendo vindo a ser revisto, sendo a mais recente datada de 12 de Agosto de 2015. Do PNSE constam 4 objectivos principais: (1) promoção da saúde, (2) a prevenção da doença, (3) elevação dos níveis de literacia, (4) a melhoria do ambiente escolar e o estabelecimento de parcerias para a qualificação profissional.

As áreas de intervenção consideradas estão inseridas em 6 eixos estratégicos, sendo que a principal ênfase é dada aos primeiros 3 eixos: (1) Capacitação, (2) Ambiente escolar e saúde e (3) Condições de saúde [50]. A população alvo do programa consiste em toda a comunidade educativa, incluindo crianças, alunos/as, profissionais docentes e não docentes, assim como pais e outros encarregados de educação [51].

## Literacia para a Saúde no contexto do Plano Nacional de Saúde Escolar

No PNSE 2015 o conceito de LS adoptado deriva da concepção de K. Sørensen *et al.* [14, 51], a qual já foi abordada previamente (ver secção I) e está incluído no primeiro eixo (1. Capacitação). Para fins de simplicidade, a definição apresentada debruça-se apenas na perspectiva individual, o que é compreensível dada a complexidade do conceito, mas, por outro lado, confere toda a importância necessária aos componentes nucleares da LS, como são o caso das competências cognitivas e sociais. Associada ao conceito, faz também parte integrante da proposta de intervenção ao nível da LS, uma ferramenta de diagnóstico e avaliação desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) [52], baseada no questionário proposto pela OMS, designado *European Health Questionnaire Survey* [51] (o questionário proposto pela OMS é bastante completo e faz parte de um documento elaborado por diversos autores já referidos neste trabalho, nomeadamente Ilona Kickbush e Kristine Sørensen).

Claramente, o PNSE estabelece um ótimo ponto de partida para qualquer tipo de intervenção multidisciplinar relacionada com saúde em meio escolar e inclui uma série de directivas que explicitam quais as áreas passíveis de intervenção, de acordo com o estipulado pela OMS e pela Comissão Europeia, baseando-se em indicadores prévios [50]. Dito de outra forma, está claro no PNSE o que tem de ser feito a nível escolar em Portugal, ainda que seja dada liberdade aos estabelecimentos de ensino relativamente à forma e às medidas específicas a adoptar.

No entanto, previamente a qualquer implementação programática, o ideal seria pesquisar as necessidades específicas em saúde dos indivíduos visados, um ponto defendido por vários investigadores [44] ou mesmo fazer estudos comparativos entre escolas de várias regiões em Portugal, com o intuito de aferir possíveis assimetrias em termos de LS. Em suma, o PNSE tem uma abordagem muito completa e geral, sendo que do ponto de vista económico, a elaboração de um estudo preliminar para identificação de problemas de saúde seria o ideal, sendo posteriormente seguido o plano de forma mais direccionada, obviando as áreas com menor necessidade interventiva.

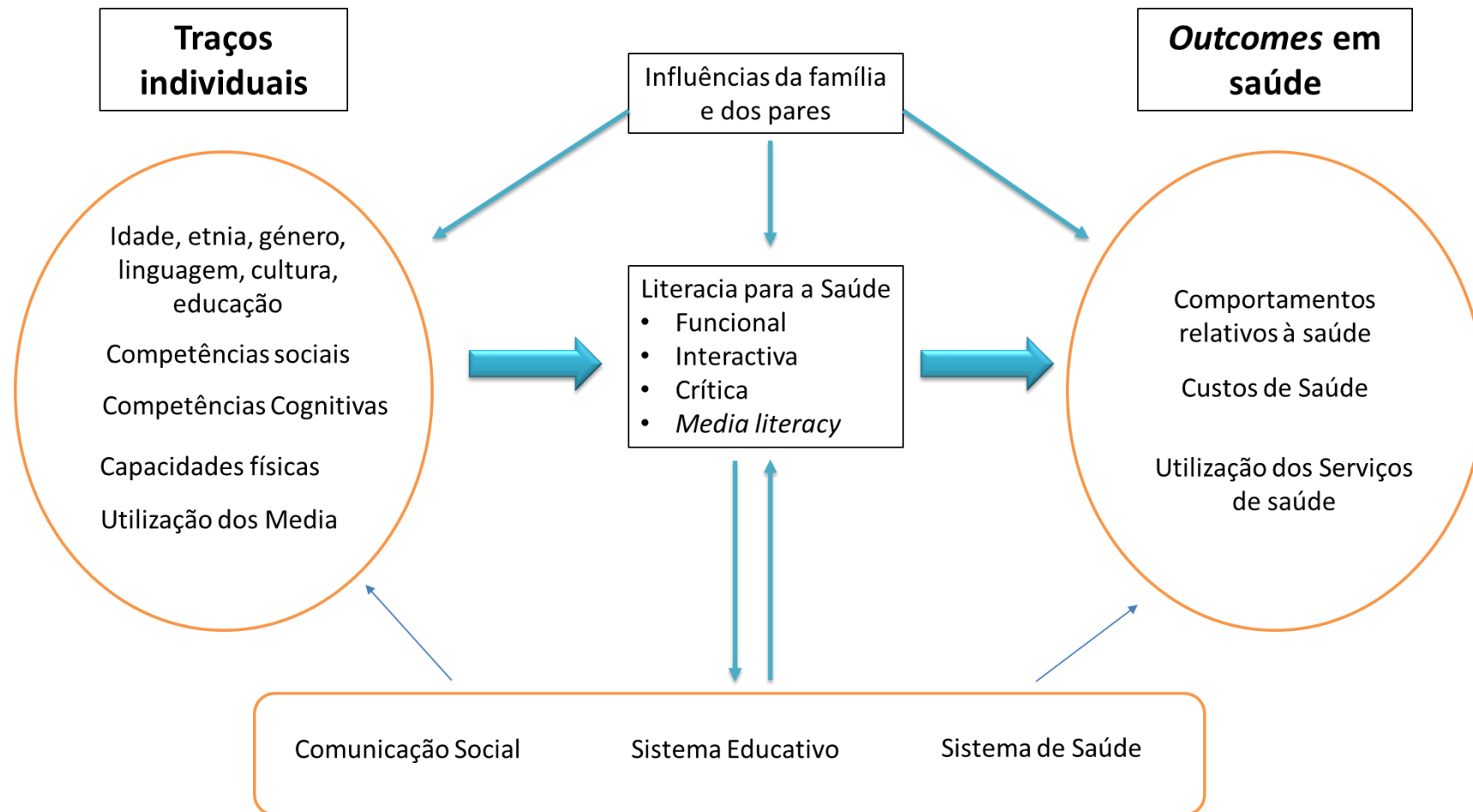


Figura 5 - Modelo para o estudo da Literacia para a Saúde em adolescentes (2008). Adaptado de [30].

## IV. Exemplos da aplicação prática do conceito de Literacia para a Saúde

Em países como a Austrália, Canadá ou Austrália é dada muita ênfase a programas de intervenção na comunidade, nomeadamente programas de promoção de Literacia em várias vertentes, não somente a Literacia para a Saúde. No decurso da pesquisa bibliográfica foi possível verificar a existência de inúmeros programas deste tipo. No entanto, uma das áreas preponderantes no PNSE consiste na área da saúde mental, razão pela qual seria interessante rever um estudo que incidisse nesta temática, no âmbito deste trabalho. Por outro lado, assuntos como o consumo de bebidas alcoólicas, juntamente com os hábitos tabágicos representam problemas importantes e que influenciam os outcomes em saúde assim como se iniciam cedo na vida dos indivíduos. Desta forma, outro tipo de intervenções que incidam na Literacia para os *media* (*alcohol media literacy* por exemplo) são igualmente interessantes de rever e verificar a sua viabilidade.

### Estudo 1: *Effects of school-based mental health literacy education for secondary school students by school teachers: A preliminary study* [53]

Este estudo tem como objectivos Melhorar o conhecimento e crenças referentes à temática da Saúde Mental (Literacia para a Saúde Mental ou LSM) e promover a busca de ajuda por parte de adolescentes que apresentem problemas de saúde mental. Para atingir este objectivo foi desenvolvido e aplicado um programa de LSM liderado por profissionais escolares, sendo depois avaliados os resultados. A intervenção incidiu sobre uma população de 118 adolescentes (61 rapazes e 57 raparigas), alunos de uma escola secundária em Tóquio, no Japão.

No que diz respeito à metodologia, esta consistiu na aplicação de um programa de ensino, formado por duas sessões de 50 minutos, leccionadas com uma semana de intervalo, por um professor da escola em questão (Anexo 3, Tabela 9). Os métodos de ensino variaram entre texto, animações e discussões em grupo. A primeira aula (sessão 1) consistiu em esclarecimentos referentes à doença mental, incluindo aspectos como prevalência, idade de início dos sintomas, factores de risco, tratamento e possibilidade de recuperação, assim como sintomas na adolescência. Os sintomas típicos de condições como depressão major ou esquizofrenia foram abordados por intermédio de animações. Os objectivos da primeira sessão foram: (1) levar os alunos a aprender os sinais e sintomas dos problemas de doença mental, incluindo as doenças em si, e (2) explicar o facto das doenças mentais serem comuns entre adolescentes e que podem surgir quer no próprio aluno quer nos seus pares. É importante salientar que o reconhecimento de sinais e sintomas associados a problemas de saúde mental é o primeiro passo na busca de ajuda e é essencial para evitar o atraso na prestação de cuidados de saúde a estes indivíduos.

No que diz respeito à segunda sessão, esta era constituída por explicações simples sobre: (1) clínicas para doentes psiquiátricos, mostrando imagens destas instituições, (2) métodos de diagnóstico psiquiátrico e, (3) exames clínicos para diagnósticos destas patologias. No final da sessão teve lugar uma sessão conjunta de 15 a 20 minutos para discussão. De forma sumária, o objectivo da sessão 2 foi levar os alunos a ponderar sobre formas de auto-ajuda assim como de ajudar os seus pares caso estivessem a sofrer de problemas mentais. A aplicação de casos típicos (*vignette cases*) de depressão e esquizofrenia foi transversal ao estudo e teve como propósito a identificação da patologia em si, assim como o procedimento nesses casos particulares. O programa educativo de LSM foi desenvolvido por uma equipa multidisciplinar composta por psiquiatras, enfermeiros e professores com especialização em cuidados de saúde. Este tipo de professores é específico do sistema educativo Japonês, existindo mesmo uma lei (*School Health Act*) que regulamentam a competência destes profissionais. Os resultados do programa foram aferidos imediatamente após e três meses depois da sua implementação, sendo comparados os resultados com a situação prévia, recorrendo a um questionário.

No que diz respeito aos efeitos do programa no conhecimento e crenças referentes à saúde mental, a proporção de alunos que respondeu correctamente às questões relativas ao conhecimento geral sobre saúde mental e doenças mentais foi mais elevada imediatamente após as sessões educativas, assim como 3 meses após as sessões, quando comparadas com a situação prévia (anexo 4, Tabela 10). De forma mais explícita, os valores médios/mediana foram de 5.8/6.0 imediatamente após a sessão e de 5.8/6.0 após três meses, comparativamente a valores na ordem de 5.1/5.0 previamente à implementação do programa. Os resultados inseridos na componente de conhecimentos referentes ao tratamento da doença mental foram em tudo simétricos aos já vistos anteriormente para o conhecimento geral da saúde mental e doenças mentais (anexo 4, tabela 10).

Previamente às sessões de ensino, poucos estudantes tinham conhecimento de que os exames médicos incluindo análises ao sangue, eram necessários para elaboração de um diagnóstico de doença mental (28.7%), ou mesmo que a medicação era responsável pelo melhoramento do estado de saúde dos indivíduos afectados. Por outro lado, a maioria dos alunos tinha noção de que a doença mental não melhora sem medicação (92.6%), que indivíduos com doença mental podem ter capacidade de manter uma actividade profissional (96.8%), que as doenças mentais têm tratamento (95.7%) e que um tratamento numa fase mais precoce da doença pode melhorar o prognóstico (94%).

A componente de reconhecimento dos problemas de saúde mental e selecção do comportamento apropriado está representada nas tabelas 2 e 3, secção a (anexo 5 e 6, tabelas 11 e 12). A análise dos resultados revelou que, previamente à instituição do programa, apenas 38.5% dos alunos identificaram correctamente o caso como sendo depressão major e no caso da esquizofrenia, a proporção foi menor (19.1%). No entanto, após as sessões de ensino, ambas as proporções aumentaram significativamente (94.7% e 93.6% imediatamente após as ses-

sões e 91.5% e 86.2% passados 3 meses). Outros aspectos como procedimentos (“Falar com alguém em quem possa confiar”) no contexto de ajudar pares ou o próprio indivíduo, apresentaram um padrão em tudo idêntico ao já verificado anteriormente.

Na sua generalidade, o programa foi bem-sucedido, indo de encontro aos objectivos a que se propôs inicialmente. O conhecimento e crenças relativas a saúde mental e doenças mentais, assim como sobre o seu tratamento, intenção de procurar ajuda e ajudar os pares, todos melhoraram após a implementação do programa. Um ponto importante que os autores salientam no estudo diz respeito ao facto do programa ter sido leccionado por profissionais da própria escola (professores). Este ponto poderá representar uma mais-valia, pois os professores conhecem melhor os seus alunos e têm mais facilidade em implementar o programa de forma distinta, tendo em consideração cada um dos alunos e suas necessidades individuais de ensino. No entanto, também se salienta que não existem livros nem material audiovisual *standard* que permita criar uma abordagem uniforme e com duração mais extensa, algo que terá que ser trabalhado no futuro.

No que diz respeito a limitações, os autores destacam o reduzido número de participantes (118 alunos) os quais pertenciam na sua totalidade a apenas uma instituição de ensino em Tóquio. Os próprios resultados podem assim estar associados a características de base dos próprios estudantes como inteligência, capacidade académica e *status* socio-económico. O contacto prévio dos alunos com indivíduos com doença mental pode também influenciar os efeitos do programa. Desta forma, a generalização dos resultados do estudo tem de ser feita cuidadosamente. Independentemente de todas as limitações do estudo, é importante dar o valor correcto à abordagem efectuada e neste caso, o programa implementado efectivamente melhorou a LSM dos estudantes e os efeitos mantiveram-se por, pelo menos, 3 meses. No futuro, para validar este tipo de abordagem, serão necessários outros estudos de carácter multicêntrico e com amostras de maior dimensão, mas no imediato o estudo desenvolvido por Ojio Y. *et al.* revelou ser muito promissor.

## **Estudo 2: *Empowering students to respond to alcohol advertisements: results from a pilot study of an Australian media literacy intervention* [54]**

Neste estudo o objectivo centrou-se em examinar a viabilidade e potencial impacto de um programa que incide na Literacia referente ao consumo de álcool (*alcohol media literacy* ou AML). Mais concretamente, os autores quiseram testar a hipótese de um aumento da *alcohol media literacy* poder levar a: (1) maior compreensão sobre intensões de persuasão, (2) menor interesse em produtos alcoólicos referenciados por intermédio de *marketing*, (3) maior auto-eficácia na recusa de bebidas alcoólicas e (4) uma diminuição da percepção das normas sociais responsáveis pelo consumo de bebidas alcoólicas.

O estudo em si incidiu em crianças do 5º e 6º ano de uma escola na região de Sydney na Austrália, em que 57 estudantes do 5º e 6º anos de escolaridade (10 e 12 anos de idade) foram escolhidos aleatoriamente de uma escola não religiosa e não estatal, para a realização de 10 sessões com a duração de 5 semanas e duas sessões por semana, leccionadas por um professor qualificado (Chloe S. Gordon, uma das autoras do estudo). A avaliação do programa foi efectuada previamente e após a sua implementação, recorrendo a entrevistas estruturadas com o professor assim como formulários preenchidos pelos alunos. Foi também pedido aos alunos o preenchimento de um questionário para avaliar cada um dos 4 itens referidos anteriormente.

A análise dos dados obtidos revelou um aumento das competências para a AML, melhor compreensão das intensões de persuasão, menor interesse dos jovens em produtos alcoólicos e também uma diminuição do interesse nas normas sociais relativas ao consumo de bebidas alcoólicas. No entanto não existiu qualquer alteração nos níveis de auto-eficácia na recusa deste tipo de bebidas (anexo 7, tabela 13).

Ainda que o contexto escolar abordado neste estudo tenha sido identificado com uma potencial barreira à sua implementação, os resultados acabaram por desmistificar esta possibilidade. Por outro lado, as crenças das crianças têm também de ser consideradas na implementação de um programa deste tipo, sendo que o tutor terá de ter noção da sua existência e respeitá-las, respondendo às opiniões dos estudantes com respeito e simultaneamente transmitindo as ideias da intervenção. Voltando aos resultados, estes estiveram de acordo com outros estudos já realizados nesta área noutros países, o que corrobora a eficácia de intervenções deste tipo, as quais, aumentando o nível de AML e levando os alunos a compreender as intensões de persuasão, dotando-os da competência para evitar os comportamentos e atitudes pró-álcool, promovidas pelos meios de comunicação por intermédio da publicidade. Outro aspecto importante passa por reduzir a percepção dos estudantes relativamente ao número de indivíduos que consomem bebidas alcoólicas, o que pode baixar as intensões de consumo, já que o comportamento é visto como menos prevalente e normativo. Os autores do estudo concedem, no entanto, que o estudo terá natureza preliminar, dada a amostra reduzida e são necessários mais estudos de maior dimensão para aferir exactamente até que ponto acções deste género serão eficazes.

## 5. Conclusões Finais

A Literacia para a Saúde (LS) faz actualmente parte integrante do campo da Saúde Pública e Cuidados de Saúde Primários, juntamente com outros conceitos como *empowerment* e determinantes de saúde. Desde a sua concepção nos anos 70, muitos autores debruçaram-se sobre a temática da Literacia para a Saúde, tendo criado diversas interpretações do conceito, algumas incrementais e outras totalmente originais. No entanto, e até à data, continua a não existir uma definição universal de LS. Scott Simmonds deu o mote para criação do conceito, ainda que só em 1999 [11] este tenha sido inserido na lista de conceitos da Organização Mundial de Saúde. De facto, a definição proposta por D. Nutbeam, foi a primeira a ser adoptada pela Organização Mundial de Saúde, e daí ter sido considerada como canónica neste trabalho. Autores como I. Kickbush ou K. Sørensen adoptaram esta concepção base proposta do D. Nutbeam e construíram as suas conceptualizações à sua volta. Por outro lado, a evolução do conceito de Literacia para a Saúde iniciou-se como um conceito de cariz individual, e, com autores como D. Freedman *et al.*, foi feita uma generalização para incluir também uma vertente mais geral. A associação do conceito de LS com conceitos como *empowerment*, competências, determinantes e domínios, está bem descrita na abordagem de K. Sørensen *et al.* (a mais recente) e contempla também a evolução da LS ao longo da vida do indivíduo [14]. Na generalidade, a complexidade do conceito de LS foi aumentando até à sua última iteração. Este aumento de complexidade não é necessariamente nocivo pois permite estabelecer interacções do conceito com outros conceitos importantes e assim compreender toda a sua importância e as razões pelas quais a promoção da LS se traduz em ganhos tão significativos em saúde nas populações.

No que diz respeito à mensuração da LS, a bibliografia parece indicar que modelos muito complexos terão um papel mais teórico sem ou com escassa aplicação prática. A razão pela qual tal sucede relaciona-se com a dificuldade de criação de ferramentas de mensuração de LS partindo deste tipo de modelos. Porém, pela análise feita no decurso deste trabalho, será mais importante contemplar a qualidade do modelo conceptual relativamente à sua complexidade. Neste prisma, a adopção do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) [45] pela OMS, baseado no modelo recentemente conceptualizado por K. Sørensen *et al.* [14], vem confirmar esta ideia. A evidência, no âmbito geral, indica que uma definição de LS só é viável quando paralelamente à sua conceptualização, for possível a criação de uma ferramenta de mensuração de LS no campo. Não existem razões para descartar os modelos mais simples como seria tentador considerar. De facto, os modelos mais simples com ferramentas simples poderão ser úteis em estudos preliminares e, muitos países recorrem mesmo a esse tipo de ferramentas para inicialmente avaliar a viabilidade de algumas intervenções de promoção de LS. Intervenções baseadas em modelos de LS complexos são económica e financeiramente onerosos, de difícil adesão técnica e das populações, sendo mais útil inicialmente avaliar a situação de forma a determinar se vale ou não a pena intervir, recorrendo a ferramentas complexas e planos de promoção de saúde mais abrangentes.

Com o propósito de intervir em adolescentes, pelos motivos já descritos anteriormente (Secção III), as escolas surgem como o ambiente ideal para a implementação de programas de promoção de saúde e de LS. A situação em Portugal foi moldada pela implementação do conceito de Escolas Promotoras de Saúde e com o desenvolvimento e melhoramento do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) [50] cuja última iteração data de 2015. Em 2006 o PNSE ainda não contemplava a LS como parte integrante da intervenção algo que mudou com a última publicação do programa. No entanto, comparativamente ao que está preconizado noutros países, Portugal e o PNSE não apresentam intervenções centradas directamente na promoção específica e independente da LS ou uma avaliação prévia à implementação do programa. No PNSE o conceito de LS deveria ser representado com mais ênfase, ou mesmo surgir como um ponto separado da intervenção nas escolas, com programas de mensuração e promoção dedicados. A implementação do PNSE é onerosa mas terá certamente resultados relativamente aos *outcomes* em saúde. Como forma de aumentar o rendimento deste tipo de intervenções no futuro, poderá ser importante considerar programas mais direccionados para problemas de saúde existentes e lacunas na LS dos adolescentes ao invés de recorrer a programas um pouco menos eficientes e específicos, pois as populações são distintas e influenciadas por diferentes factores, de acordo com a sua caracterização socio-demográfica.

## Perspectivas Futuras

Actualmente continua a não existir um conceito dito universal que defina a Literacia para a Saúde. A Organização Mundial de Saúde adoptou o conceito de K. Sørensen *et al.* em 2013, contida no questionário validado HLQ ou *Health Literacy Questionnaire*, ainda que não seja de todo o conceito mais utilizado nas intervenções internacionais no âmbito da promoção de Literacia para a saúde. Futuramente deve caminhar-se para uma uniformização da abordagem e para a utilização de um modelo de LS *standard*, quer na mensuração de LS nas populações quer na intervenção propriamente dita. O próprio processo de mensuração deverá evoluir no sentido de se definir um conjunto de ferramentas *standard* a utilizar conforme os recursos e objectivos do programa a implementar. O próprio conceito de LS deverá continuar a ser aperfeiçoado e seria interessante a criação de um modelo mais abrangente do conceito, ainda que tivesse um cariz mais teórico pois tal seria útil para melhor compreender toda a sua complexidade.

Em Portugal espera-se que a implementação do Plano Nacional de Saúde Escolar se traduza numa melhoria significativa dos *outcomes* em saúde dos alunos em geral e adolescentes em particular (no âmbito deste trabalho). Ainda que o programa seja bastante completo, englobe muitas áreas e incida sobre determinantes em saúde mais importantes, em algumas escolas pode não ser necessário implementar toda a extensão do programa. Cada escola, após um correcto diagnóstico de necessidades poderá assim aplicar as acções dadas como prioritárias. Para além disso, no futuro espera-se que a Literacia para a Saúde ganhe maior independência relativamente ao PNSE. De facto, e ainda a tempo de integrar este trabalho salienta-se o recente despacho emitido pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (Despacho

nº 3618-A/2016) [55], o qual reflete muitos dos pontos sugeridos neste trabalho, incluindo a futura criação de um programa de Saúde direccionado especialmente para a promoção da Literacia para a Saúde e legitima a escolha do tema

As acções de mensuração preliminares de LS são ainda insipientes em Portugal sendo necessário elaborar estudos comparativos entre as escolas das diferentes regiões ou entre o litoral e o interior, procurando assimetrias. Estas assimetrias, se identificadas, poderiam permitir intervenções mais custo-efectivas, ampliando os benefícios e a eficácia do PNSE.

### Limitações do trabalho

Como limitações do trabalho salienta-se a pesquisa bibliográfica efectuada, a qual terá certamente excluído autores importantes, assim como conceitos de Literacia para a Saúde contextualmente relevantes. No entanto, a natureza do trabalho, cujo propósito passou por abordar estes temas de forma sucinta, terá de admitir este tipo de limitações. Por outro lado, alguma da bibliografia não terá um *impact factor* elevado, dada a natureza da temática. Ainda referente à pesquisa bibliográfica, os termos utilizados foram definidos *a priori*, e a pesquisa limitada pelo tempo disponível e pela linguística utilizada. A análise, a título de exemplo, de apenas dois estudos intervencionais no campo da Literacia para a Saúde também é redutora e não reflecte toda a amostra disponível. Independentemente de todas as limitações, o presente trabalho permite uma primeira abordagem conceptual e sensibilização para este importante tema de Saúde Pública.

## 6. Bibliografia

1. Statistics Portugal [Internet]. Ine.pt. 2016 [cited 10 February 2016]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=149279938&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=149279938&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2)
2. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. World Health Organization. 2016 [cited 13 February 2016]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
3. Direção-Geral da Saúde [Internet]. Dgs.pt. 2016 [cited 8 February 2016]. Available from: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx> [4] Níveis de Prevenção em SP
- 4 Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2004;23(1):91-96.
5. WHO. *Cuidados de Saúde Primários*. Geneva: World Health Organization, 2008.
6. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*. 2009;24(3):285-296.
7. Green J, Lo Bianco J, Wyn J. Discourses in Interaction: The intersection of literacy and health research internationally. *Literacy and Numeracy Studies*. 2011;15(2):19.
8. Literacy | Education | United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [Internet]. Unesco.org. 2016 [cited 10 February 2016]. Available from: <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/education-building-blocks/literacy/>
9. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1999;281(6):552-557.
10. Simonds S. Health Education as Social Policy. *Health Education & Behavior*. 1974;2(1 Suppl):1-10.
11. WHO | The WHO Health Promotion Glossary [Internet]. Who.int. [cited 10 March 2016]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
12. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*. 1998;13(4):349-364.
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259-267.
14. Sörensen 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
15. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005;50(6):633-640.
16. Mancuso J. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*. 2008;10(3):248-255.

17. Rodgers B, Knafl K. *Concept development in nursing*. Philadelphia: Saunders; 2000.
18. Kools S, McCarthy M, Durham R, Robrecht L. Dimensional Analysis: Broadening the Conception of Grounded Theory. *Qualitative Health Research*. 1996;6(3):312-330..
19. Wilson KMcNabb S. *Promoting health literacy*. [Clemson, S.C.]: Institute on Family and Neighborhood Life at Clemson University; 2001.
20. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs*. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1999;281(6):552-557.
21. Nielsen-Bohlman L. *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. 2004. Joanne G. Schwartzberg, Jonathan B. VanGeest, and Claire Wang, editors. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):900-900.
22. *Health literacy: a prescription to end confusion*. *Choice Reviews Online*. 2005;42(07):42-4059-42-4059.
23. DeWalt D, Berkman N, Sheridan S, Lohr K, Pignone M. Literacy and health outcomes. *J Gen Intern Med*. 2004;19(12):1228-1239..
24. Edmunds M. *Health Literacy a Barrier to Patient Education*. *The Nurse Practitioner*. 2005;30(3):54.
25. Freedman D, Bess K, Tucker H, Boyd D, Tuchman A, Wallston K. *Public Health Literacy Defined*. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;36(5):446-451.
26. Walker L, Avant K. *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995.
27. Kickbusch I, Maag D. *Health Literacy*. In: Heggenhougen K, Quah S. *International encyclopedia of public health*. Amsterdam: Elsevier/Academic Press; 2008;(3):204-211
28. WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Who.int. [cited 9 February 2016]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
29. Cohen ASyme S. *Education: A Missed Opportunity for Public Health Intervention*. *Am J Public Health*. 2013;103(6):997-1001.
30. Manganello J. *Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research*. *Health Education Research*. 2007;23(5):840-847. (2008)
31. Diviani N, van den Putte B, Giani S, van Weert J. *Low Health Literacy and Evaluation of Online Health Information: A Systematic Review of the Literature*. *J Med Internet Res*. 2015;17(5):e112.
32. Berkman N, Sheridan S, Donahue K, Halpern D, Crotty K. *Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review*. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(2):97.
33. *Literacy and Health Outcomes: Structured Abstract* [Internet]. Archive.ahrq.gov. [cited 3 January 2016]. Available from: <http://archive.ahrq.gov/clinic/tp/littp.htm>
34. Gadkari AMcHorney C. *Medication nonfulfillment rates and reasons: narrative systematic review*. *Current Medical Research and Opinion*. 2010;26(3):683-705.

35. Chapman R. Predictors of Adherence With Antihypertensive and Lipid-Lowering Therapy. *Arch Intern Med.* 2005;165(10):1147. *Arch Intern Med.* 2005;165:1147-1152.
36. Yeaw J. Comparing Adherence and Persistence Across 6 Chronic Medication Classes. *JMCP.* 2009;15(9):728-740.
37. Fitzgerald A, Powers J, Ho P, Maddox T, Peterson P, Allen L et al. Impact of Medication Nonadherence on Hospitalizations and Mortality in Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure.* 2011;17(8):664-669.
38. Stuart B, Dai M, Xu J, E. Loh F, S. Dougherty J. Does Good Medication Adherence Really Save Payers Money?. *Medical Care.* 2015;53(6):517-523.
39. Sokol M, McGuigan K, Verbrugge R, Epstein R. Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. *Medical Care.* 2005;43(6):521-530.
40. Tones K. Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research.* 2002;17(3):287-290.
41. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine.* 2011;73(1):60-67.
42. Pleasant A. Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better Health and Health System Performance. *Journal of Health Communication.* 2014;19(12):1481-1496.
43. Andrus MRoth M. Health Literacy: A Review. *Pharmacotherapy.* 2002;22(3):282-302.
44. Batterham R, Hawkins M, Collins P, Buchbinder R, Osborne R. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health.* 2016;132:3-12.
45. Ltd A. Ophelia Health literacy questionnaires | Ophelia [Internet]. Ophelia. [cited 10 January 2016]. Available from: <https://www.ophelia.net.au/hlq>
46. Health Promoting Schools [Internet]. Ministry of Health NZ. 2012 [cited 10 February 2016]. Available from: <http://www.health.govt.nz/our-work/life-stages/child-health/health-promoting-schools>
47. WHO | What is a health promoting school? [Internet]. Who.int. [cited 15 February 2016]. Available from: [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/hps/en/](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/)
48. Health 2020: the European policy for health and well-being [Internet]. Euro.who.int. [cited 15 February 2016]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
49. Europa 2020 - A estratégia europeia para o crescimento - Comissão Europeia [Internet]. Ec.europa.eu. [cited 08 February 2016]. Available from: [http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_pt.htm)
50. DGS. Norma 015/2015, atualizada 12/08/2015: Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Direção Geral da Saúde: 2015. 2015/11/13.
51. WHO. Health Literacy: the solid facts. Geneva: World Health Organization, 2013
52. Saboga-Nunes L, Cavalheiro G, Correira S, Santos A, Pinheiro P, Bauer U, Okan O (2015). *Adolescents health literacy as a buffer in a crises context of legionella outbreak in Portugal* (CRADLISA Project HLS-EU-PT). In: Carmo M (ed) (2015). Proceedings. END 2015. International

Conference on Education and New Developments. 27-29 June. Porto, Portugal. Published by: W.I.A.R.S, Lisbon, Portugal, pp.184-188

53. Ojio Y, Yonehara H, Taneichi S, Yamasaki S, Ando S, Togo F et al. Effects of school-based mental health literacy education for secondary school students to be delivered by school teachers: A preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015.

54. Gordon C, Jones S, Kervin L, Lee J. Empowering students to respond to alcohol advertisements: results from a pilot study of an Australian media literacy intervention. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2015.

55. Portal da Saúde. (2016). *Despacho n.º 3618-A/2016*. [online] Available at: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4BDA6E5F-7D29-42D7-ACA0-B50BC852A3B3/0/73833787.pdf> [Accessed 10 May 2016].

## **ANEXO 1**

Modelo de Outcomes em saúde adaptado do modelo proposto por Don Nutbeam *et al.*

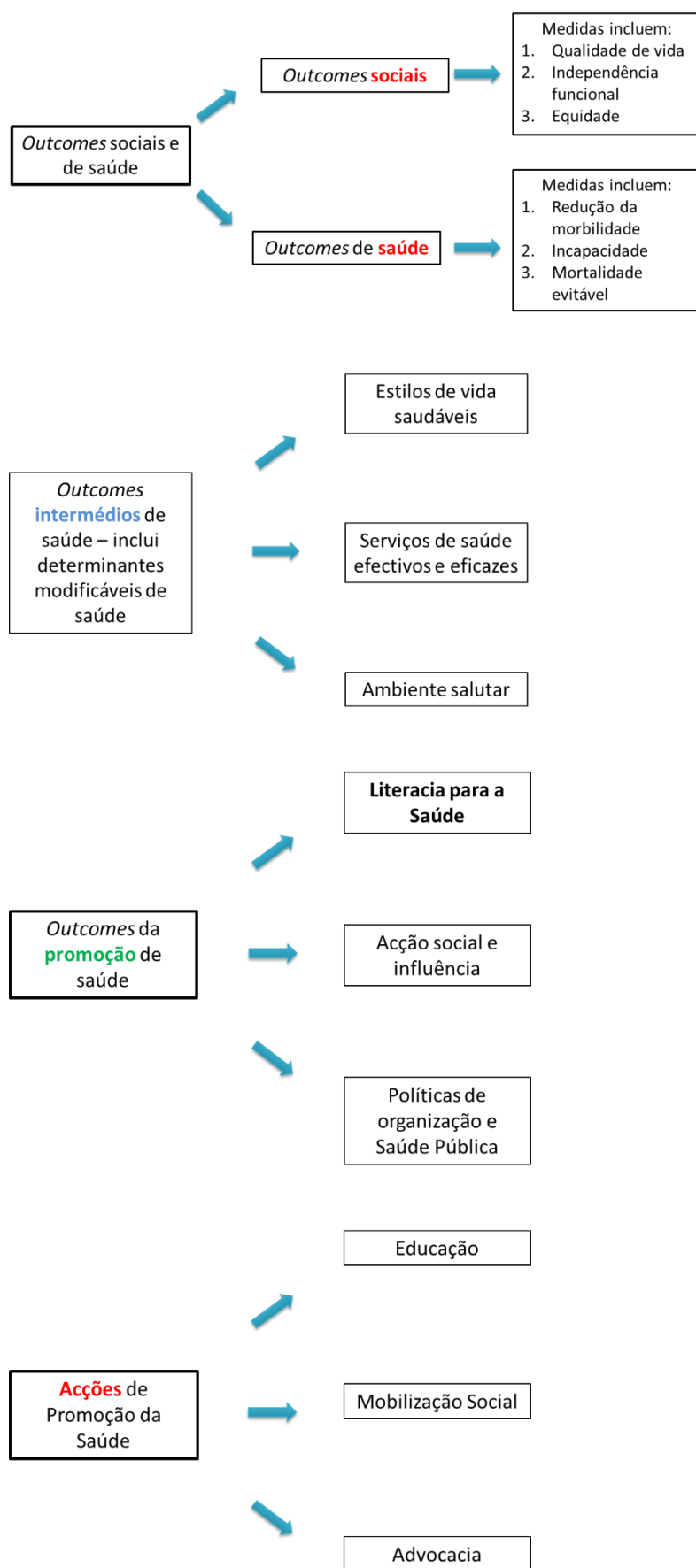


Figura 6 - Diagrama do modelo de *outcomes* em saúde proposto do Nutbeam *et al.* em 2000. Adaptado de [13].

## ANEXO 2

Métodos de *screening* e mensuração da Literacia para a Saúde (2014)

Tabela 8 - Métodos de *screening* e mensuração da Literacia para a Saúde- Adaptado de [42].

Métodos	Referência
Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (a variety of versions exist)	Davis et al., 1991; Davis et al., 1993; Davis et al., 2006
Test of Functional Health Literacy in Adults (a variety of versions exist)	Gong et al., 2007; Parker et al., 1995
Medical Terminology Achievement Reading Test	Hanson-Divers, 1997
Literacy Assessment for Diabetes	Nath, Sylvester, Yasek, & Gunel 2001
Items from the 2003 National Assessment of Adult Literacy	Kutner et al., 2003
Health Activities Literacy Scale	Rudd, Kirsch, & Yamamoto, 200
Chew single item screener - 1	Chew et al., 2004
Newest Vital Sign	Weiss et al., 2005
Wallace single item screener	Wallace et al., 2005
The Spoken Knowledge in Low Literacy in Diabetes scale	Rothman et al., 2005
Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer Text	Agre, Steiglitz, & Milstein, 2006
Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults	Lee, Bender, Ruiz, & Cho, 2006
Single item literacy screener	Morris, MacLean, Chew, & Littenberg, 2006
Hebrew version of the short form of the Test of Functional Health Literacy in Adults	Baron-Epel, Balin, Daniely, & Eidelman, 2007
Nutrition Literacy Scale	Diamond, 2007
eHEALS: The ehealth literacy scale	Norman & Skinner, 2007
Chew single item screener - 2	Chew et al., 2008
Diabetes Numeracy Test (a variety of versions exist)	Huizinga et al., 2008
Population based predictive models	Martin et al., 2009
Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology	Hahn, Choi, Griffith, Yost, & Baker, 2011; Yost et al., 2009
Demographic Assessment of Health Literacy	Hanchate, 2009
An instrument targeting Canadian adolescents	Wu et al., 2010
Health Literacy Skills Instrument	McCormack et al., 2010
Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge	Macek et al., 2010
Mandarin Health Literacy Scale	Tsai & Kuo, 2011
An adaptive testing algorithm for shortening health literacy assessments	Kandula, Ancker, Kaufman, Currie, & Zeng-Treitler, 2011
Media Health Literacy	Levin-Zamir, Lemish, & Gofin, 2011
Health Literacy Test for Singapore (an adapted short form of the Test of Functional Health Literacy in Adults)	Ko, Lee, Toh, Tang, & Tan, 2011
A Canadian exploratory study to define a measure of health literacy	Begoray & Kwan, 2011
The Health Literacy Management Scale: A measure of an individual's capacity to seek, understand, and utilize health information within the health care setting	Jordan et al., 2013
The Health Literacy Questionnaire	Sorenson et al., 2013
European Health Literacy Survey Questionnaire	Sorensen, 2013; Sorenson et al., 2013
Fostering Literacy for Good Health Today and the related Spanish project named Vive Desarrollando Amplia Salud	Owby et al., 2013

## **ANEXO 3**

Métodos de ensino e conteúdos do programa implementado

**Tabela 9 - Métodos de ensino e conteúdos do programa implementado. Adaptado de [53].**

	Instruction	Animation	Group discussion
Lesson 1 (50 min)	Explanation of mental illnesses (prevalence, onset age, risk factors, treatability and possibility of recovery, frequent symptoms in adolescence) and frequent misunderstandings about mental illnesses.	Showing typical symptoms of depression and schizophrenia.	-
Lesson 2 (50 min)	Showing pictures of a psychiatric outpatient clinic to show that the clinic is not a place that creates an unusual or frightening impression.	-	Sharing their ideas of solutions that help adolescents who are suffering from problems with mental health.
Goal of lesson 1	Learning the signs and symptoms of mental problems and illnesses. Understanding that mental health problems and mental illnesses are not rare.		
Goal of lesson 2	Understanding how they should behave when they themselves or their peers are suffering from mental problems.		

## **ANEXO 4**

Proporção de respostas correctas às questões relativas a conhecimento e crenças sobre doença mental e o seu tratamento

Tabela 10 - Proporções de respostas correctas às questões sobre conhecimento e crenças relativas à doença mental e ao seu tratamento (n=94; 47 rapazes e 47 raparigas). Adaptado de [53].

	Proportions % (n) of correct responses		
	Pre-test	Post-test	Follow-up test
General knowledge about mental health and mental illnesses			
Incidences of most mental illnesses sharply increase in adolescence.	T 69.1 (65)	100 (94)***	93.6 (88)***
Mental illnesses are caused by weakness or a bad personality.	F 75.5 (71)	98.9 (93)***	94.7 (89)***
Lifestyle, including sleep habits, has an effect on prevention and recovery of mental illnesses.	T 86.2 (81)	90.4 (85)	96.8 (91)
Somatic symptoms, including fatigue, abdominal pain and nausea, may occur as early symptoms of mental illnesses.	T 86.2 (81)	96.8 (91)*	97.9 (92)**
Most mental illnesses improve without treatment.	F 92.6 (87)	96.8 (91)	100 (94)*
People with mental illnesses cannot get a regular job.	F 96.8 (91)	98.9 (93)	100 (94)
Knowledge about treatment for mental illnesses			
Mental illnesses are treatable.	T 95.7 (90)	100 (94)	100 (94)
Early treatment may make a significant difference in the prognosis of mental illnesses.	T 94.7 (89)	94.7 (89)	96.8 (91)
Medical examinations, including blood tests, may be required for diagnosis of mental illnesses.	T 28.7 (27)	86.2 (81)***	52.1 (49)***
Medication improves many mental illnesses.	T 29.8 (28)	91.5 (86)***	76.6 (72)***
People who are undergoing psychiatric treatment cannot go to work or school.	F 89.4 (84)	97.9 (92)*	95.7 (90)
Most subjects with mental illnesses need to receive inpatient treatment.	F 84 (79)	97.9 (92)**	89.4 (84)

## **ANEXO 5**

Respostas às questões sobre os casos típicos (*vignette cases*) de depressão *major*

Tabela 11 - Respostas às questões sobre casos típicos (vignette cases) de depressão major (n=94; 47 rapazes e 47 raparigas). Adaptado de [53].

	Proportion % (n) of the correct responses		
	Pre	Post	Follow up
a. Proportion of students who indicated the correct name of the illness	38.3 (36)	94.7 (89)***	91.5 (86)***
b. Answers to the question, 'What would you do if you had the problem described?'			
I would do nothing, because it's not a disease.	16.0 (15)	3.2 (3)**	1.1 (1)**
I would wait and see for a while.	27.7 (26)	9.6 (9)**	22.3 (21)
I would talk to someone who can be trusted.	46.8 (44)	87.2 (82)***	74.5 (70)***
I would not know what to do.	9.6 (9)	0 (0)**	2.1 (2)**
c. Answers to the question, 'What would you do if your peer had the problem described?'			
I would do nothing, because it's not a disease.	5.3 (5)	0 (0)	1.1 (1)
I would wait and see for a while.	34.0 (32)	18.1 (17)**	18.1 (17)**
I would avoid conversation with him or her.	1.1 (1)	0 (0)	1.1 (1)
I would advise him or her to change their behavior.	10.6 (10)	4.3 (4)*	3.2 (3)
I would talk to someone who can be trusted.	33.0 (31)	74.5 (70)***	72.3 (68)***
I would not know what to do.	16.0 (15)	3.2 (3)**	4.3 (4)*

## ANEXO 6

Respostas às questões sobre os casos típicos (*vignette cases*) de esquizofrenia

Tabela 12 - Respostas a questões sobre casos típicos (vignette cases) de esquizofrenia (n=94; 47 rapazes e 47 raparigas). Adaptado de [53].

	Proportion % (n) of the correct responses		
	Pre	Post	Follow up
a. Proportion of students who indicated the correct name of the illness	19.1 (18)	93.6 (88)***	86.2 (81)***
b. Answers to the question, 'What would you do if you had the problem described?'			
I would do nothing, because it's not a disease.	4.3 (4)	2.1 (2)	0 (0)
I would wait and see for a while.	7.4 (7)	4.3 (4)	13.8 (13)
I would talk to someone who can be trusted.	54.3 (51)	88.3 (83)***	76.6 (72)***
I would not know what to do.	34.0 (32)	5.3 (5)***	9.6 (9)***
c. Answers to the question, 'What would you do if your peer had the problem described?'			
I would do nothing, because it's not a disease.	2.1 (2)	0 (0)	0 (0)
I would wait and see for a while.	9.6 (9)	9.6 (9)	9.6 (9)
I would avoid conversation with him or her.	8.5 (8)	2.1 (2)*	4.3 (4)
I would advise him or her to change their behavior.	7.4 (7)	0 (0)	3.2 (3)
I would talk to someone who can be trusted.	47.9 (45)	86.2 (81)***	74.5 (70)***
I would not know what to do.	24.5 (23)	2.1 (2)***	8.5 (8)**

## ANEXO 7

Pontuações médias dos itens considerados no questionário de *media literacy*

Tabela 13 - Pontuações médias relativas aos itens considerados no questionário de media literacy. Adaptado de [54].

Medição	Médias previamente ao teste (DP)	Médias posteriormente ao teste (DP)
<i>Media literacy skills</i>	6.68 (1.72)	10.30 (2.72)
<i>Persuasive intent</i>	3.96 (.75)	4.65 (.48)
<i>Branded merchandise</i>	2.14 (.75)	1.75 (.74)
<i>Self-efficacy</i>	4.61 (.44)	4.66 (.47)
<i>Social norms</i>	3.14 (.49)	2.65 (.42)